Nr. 49. 9. grudnia 1923. Rok II.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Henryk HIGIER. Warszawa.

W sprawie stosowania mojej sympatektomji okołotętniczej w Endarteriitis obliterans, chromaniu przestankowem i zgorzeli samoistnej,

(Z oddziału chirurgicznego Dra A. Zawadzkiego).

Sympathectomia periarterialis stanowiła przedmiot bardzo wielu prac, zwłaszcza w piśmiennictwie francuskiem, nieco mniej w niemieckiem, z lat ostatnich.

Leriche, który operację tę zachwala, wyraża pogląd, że w odżywczych zachorzeniach skóry pourazowych podrażnienie nerwu — w porównaniu z porażeniem jego — odgrywa dominującą rolę w patogenezie zaburzenia naczyniowo-odżywczego i że należy przeto przy konsekwentnej terapji dążyć raczej do usunięcia lub conajmniej zmniejszenia chorobliwego stanu podrażnienia, niż do zniekształcających rękoczynów chirurgicznych, prowadzących do kalectwa. Dzięki prof. Brüningowi z Berlina, który uchwycił tę myśl Leriche'a i w piśmiennictwie ją szerzył, zyskała sympatektomja bardzo wiele na popularności w Niemczech.

Miałem też przed rokiem okazję przemawiania w tej sprawie (Polska Gaz. Lek. 1922 i Klin. Wochenschrift 24 1922) oraz skreślenia wskazań do sympatektomji i poruszenia jednocześnie kwestji pierwszeństwa przed tym Leriche'owskim rękoczynem mojej metody, zupełnie identycznej, opisanej i poleconej przezemnie przed 22 z górą laty.

O ile operacja ta była stosowana przez Leriche'a, jako chirurga, w głównie pourazowych porażeniach obwodowych z okresu wojny, połączonych z głęboką blizną, nerwiakiem i raną drążącą kończyny (*Mal perforant*), o tyle dziedzina, w której ja, jako neurolog, przed wielu laty uzasadniłem i wielokrotnie wykonać polecałem, była zupełnie inna.

Stosować ją radziłem w praktycznie nader poważnej, pod względem rokowań ciężkiej chorobie, zupełnie niezależnej od urazów i uszkodzeń wojennych, mianowicie. w *Endarteriitis obliterans,* która rozwija się u pewnych osobników w wieku młodszym lub przedstarczym, a przejawia się klinicznie bólami napadowemi, ciężkiem zaburzeniem chodzenia, chromaniem przestankowem zajętej kończyny, tu i ówdzie z głębokiem owrzodzeniem pojedyńczych palców. a nawet zgorzelą całej stopy lub kiści. Wzmiankowałem też w swoich dawnych pracach o pokrewnych nerwicach natury naczynioruchowo-odżywczej, jak erytromelalgja i choroba Raynauda, nadających się też do tej operacji.

Jako zasługujące na wypróbowanie i bez niebezpieczeństwa wykonalne, poleciłem w rozpaczliwych przypadkach przedewszystkiem: »1) przecięcie w obrębie trójkąta Scarpy włókien nerwowych (naczynioruchowych?), otaczających tętnicę udową, lub 2) wyciąganie odpreparowanego na przestrzeni dwóch cm. łatwo dostępnego nerwu piszczelowego tylnego w okolicy kostki wewnętrznej.« (H. Higier. Uwagi w sprawie *myastheniae paroxysmalis angiosclerotica*e, chromania przestankowego (Charcot) oraz t. zw. *gangraenae spontaneae*, Gaz. Lek. 1901 i Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde 1901).

W ciężkiem tem i nieuleczalnem cierpieniu, u nas w Polsce i na Litwie dosyć częstem, od przymiotu i alkoholizmu niezależnem, wychodziłem z czysto teoretycznej koncepcji, że naprzemienność napadów bólowych i okresów bezbolesnych w chorobie *par excellence* przewlekłej, posiadającej określone tło anatomo-patologiczne (zwężenie światła naczyń), obowiązkowo przypuszczać nakazuje współistnienie czynnika funkcjonalnego, zmiennego w swoich przejawach. We wnioskach moich brzmiała ta myśl, jak następuje: »Choroba przebiega nieraz latami całemi pod postacią niewinnej nerwicy naczynioruchowej bez widocznych zmian organicznych. Obok stałego zwężenia naczynia (tło organiczne) biorą poważny udział w obrazie klinicznym zaburzenia naczynioruchowe (moment funkcjonalny), czyli wzmożona pobudliwość i upośledzona równowaga ośrodków wazomotoryjnych, przyśpieszające wystąpienie zgorzeli. Ze stanowiska różniczkowo-rozpoznawczego najmniej jasne są przypadki o cechach choroby Raynaud'a lub erytromelalgii, przebiegające z objawami myastenji przestankowej i obliteracji naczyń. Istnieją niezawodnie dwie postacie angiosklerozy swoistej: a) z pierwotnem siedliskiem sprawy chorobowej w naczyniach i b) ze zwyrodnieniem nerwów, poprzedzającem obliterację naczyń. Moment funkcjonalny wybitną w obu postaciach gra rolę, element ustrojowo konstytucjonalny głównie w pierwszej postaci. W ciężkich przypadkach z silnemi bólami i skłonnością do owrzodzeń wskazane są zamiast amputacji niewinne rękoczyny operacyjne (*elongatio, resectio, torsio)* na samych nerwach lub na splotach sympatycznych, otaczających większe naczynia«.

Przedstawiałem sobie bowiem, że przy sympatektomji okołonaczyniowej — inaczej mojego rękoczynu chirurgicznie zwać bym nie mógł — zniszczone zostają włókna naczyniozwężające, przy ewentualnem zaś skręcaniu lub wyciąganiu nerwu mieszanego lub czuciowego ulegają uszkodzeniu przedewszystkiem towarzyszące mu włókienka sympatyczne, amyelinowe, nader delikatne, regulujące parcie naczyń, o wiele łatwiej od grubszych włókien czuciowych otoczonych warstwą myelinową. W obu przeto przypadkach przyczynić się poniekąd winno takie sztuczne zniżenie spotęgowanego parcia krwi do zmniejszenia gry wazomotorów, do zniesienia napadowego niedopływu krwi do mięśni, do usunięcia chromania przestankowego i do przyśpieszenia tendencji gojenia owrzodzeń.

O tłumaczeniu zjawiska gojenia przez Leriche'a i Brüninga pomówię niżej po przytoczeniu własnego operowanego przypadku. Wybieram jako przykład rozmyślnie jeden z cięższych, prognostycznie mało nadziei dających przypadków, dotyczący starca 76 letniego z wybitną *endarteriitis obliterans,* chromaniem przestankowem i bardzo bolesną, miesiące ciągnącą się zgorzelą stopy, skazanej przez konsultantów na amputację.

Inny ciekawy przypadek z obfitego materjału sympatektomji, który odznaczał się ciężkiem zwyrodnieniem szklistawem otoczki zewnętrznej i zrostami okołonaczyniowemi niedorozwiniętej tętnicy udowej, zreferuję po ukończeniu badania drobnowidowego wyciętych tkanek.

76 letni starzec, zawsze zdrów. *Abusus nicotianus.* Nie używa napojów wyskokowych w nadmiarze. Cierpi od kilku lat na napady dusznicy bolesnej.

Lewa noga od trzech lat cierpi na napady drętwienia i bólów przy chodzeniu, które początkowo naśladowały typową rwę kulszową, lokalizując się w pośladku i tylnej powierzchni uda. W ostatnim roku bóle przyjęły przy dłuższem chodzeniu inne umiejscowienie, gdyż mrowienie i palenie przy zmęczeniu wybitnie dokuczały w obrębie zewnętrznej powierzchni uda (*meralgia paraesthetica* Bernhardta). Wypoczynek krótkotrwały wystarczał, aby bóle i mrowienie znikły zupełnie. Przy dłuższem chodzeniu występowało stale chromanie przestankowe.

Najróżnorodniejsze metody lecznicze, zaprzestawanie palenia i picia oraz stałe ogrzewanie sztuczne nogi nie dały żadnej poprawy. Nieznośnemi stały się bóle, gdy przed rokiem przyłączyło się owrzodzenie drugiego palca z głęboko sięgającem ropieniem kości i obocznym stanem zapalnym tkanek. Bezsenne noce, ciepłota podgorączkowa i absolutny brak łaknienia wyniszczyły w wysokim stopniu starca, który wreszcie prosił o amputację palców lub stopy.

Status praesens. Mocno wycieńczony mężczyzna. Stwardnienie naczyń ogólne, niezbyt duże. Gorączka 37.6. Brak tętna w *Art. tibialis post. i dorsalis pedis* obu nóg.

Wyczerpalność przy kilkakrotnem unoszeniu lewej nogi, od szeregu lat dotkniętej chromaniem przestankowem. Bolesność uciskowa łydki. Osłabienie znaczne, a czasem brak zupełny odruchu ze ścięgna Achillesa. Głębokie owrzodzenie ropne skóry i kości drugiego palca. Oboczne zapalenie bolesne i obrzmienie tkanek głębszych.

Drżenie włókienkowe drobnej muskulatury stopy, zwłaszcza podeszwy. Prawa noga poza brakiem tętna prawidłowa.

Serce przykryte, tony głuche. Mocz bez białka i cukru.

Operacji dokonał kol. A. Zawadzki w asystencji kol. Kryńskiego i mojej pod miejscowem znieczuleniem nowokainowem. W trójkącie Scarpy w górnej $1/3$ wewnętrznej powierzchni uda odszukano tętnicę udową, słabo tętniącą i mocno zwężoną. Przecięcie okólne zewnętrznej warstwy tętnicy i ściąganie jej wraz ze splotem sympatycznym na przestrzeni długości palca środkowego. Grajcarkowate skurczenie całej tętnicy tuż po operacji. Zaszycie powięzi i skóry.

Następnego dnia bóle zmniejszyły się, stan zapalny stał się też mniej wybitnym. Stopniowo uspakajały się i znikły bóle zupełnie, a rana zaczęła się oczyszczać. Apetyt wracał, a noce bezsenne przeszły bezpowrotnie. Po kilku tygodniach noga ociepliła się zupełnie, owrzodzenie zagoiło się kompletnie, a chodzenie dłuższe bez uczucia drętwienia, skurczu łydki i chromania stało się możliwem mimo nieobecności tętna. Drżenie włókienkowe mięśni znikło także po operacji. Chory się czuje dotychczas, t. j. blizko 2 lata po operacji, zupełnie dobrze i zamierza pomimo podeszłego wieku opuścić stan wdowieństwa.

Streszczając epikrytycznie, mamy do czynienia ze zwykłym przypadkiem swoistej, ściśle umiejscowionej *endarteriitis obliterans*, przebiegającej z chromaniem przestankowem i z t. zw. zgorzelą samoistną nogi. Podkreślić w nim wypada: 1) podeszły wiek chorego (76 lat), 2) nadużywanie nikotyny, 3) napadowe bóle i sensacje naśladujące długi czas nerwoból kulszowy, a później *meralgia paraesthetica* (Bernhardt), 4) osłabienie odruchu Achillesa, 5) drgania włókienkowe drobnej muskulatury nogi i 6) znakomity wynik operacyjny sympatektomji.

Poruszę jedynie ostatnie dwa punkty, gdyż pozostałe omawiałem przed rokiem w pracy odnośnej (H. Higier. Z kliniki i patogenezy miejscowej *endarteriitis obliterans* i nietypowych postaci chromania przestankowego. Neurologja Polska 1922 i Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde 1922).

Wystąpienie drgań włókienkowych w drobnej muskulaturze stopy — objaw nader rzadko notowany w tem cierpieniu — i ustąpienie ich po operacji winno przemawiać za tem, że objaw ten bynajmniej nie jest patognomonicznym, jak powszechnie przypuszczają, wyłącznie dla spraw rdzeniowych z zajęciem rogów przednich. Drganie włókienkowe w danym przypadku należałoby traktować, albo jako rzadką odmianę myokymji*), notowanej w sprawach neurytycznych i reumatycznych (bolesność łydki uciskowa oraz osłabienie odruchu ścięgna Achillesa u operowanego), albo też jako skutek odruchowego niedokrwienia, wywołującego stan podrażnienia w włókienkach mięsnych. Z poprawą pooperacyjną warunków krążenia ustał prawdopodobnie patologiczny stan podrażnienia zakończeń nerwów zarówno ruchowych, jak czuciowych.

Jak się rzecz ma ze stroną fizjologiczną i terapeutyczną sympatektomji? Przedewszystkiem uważam, razem z Kappisem, tłumaczenie Leriche'a, które akceptuje i rozszerza Brüning, za błędne dla większości jego obserwacji. Ja rozmyślnie oddzielam wskazania stawiane ongi przez Leriche'a od wskazań przyłączonych następnie przez Brüninga: u pierwszego jest mowa o uszkodzeniach urazowych, przeważnie postrzałowych, z zaburzeniami wazotroficznemi, u drugiego o t. zw. nerwicach naczynioruchowych i odżywczych, jak choroba Raynauda lub erytromelalgia Weir-Mitchela z analogicznemi sprawami wrzodziejącemi skóry i głębszych tkanek.

Objaśnienie Leriche'a sprowadza się w głównych zarysach do tego, że zaburzenie w trofice o wiele mniej jest zależne od działania ucisku i znieczulenia dotkniętego odcinka skóry, niż właśnie od stanu podrażnienia współczulnego, biorącego swój początek w bliźnie lub nerwiaku postrzałowym, w stanie podrażnienia, który wyłania odruch rozszerzania naczyń włosowatych.

A więc nie wypadanie czucia lecz przeciwnie patologiczny nadmiar bodźca czuciowego odgrywa główną rolę, nadmiar, który biegnie dodatkowo przez zwój międzykręgowy do rdzenia, tam wyzwala odruch, który na obwodzie pobudza do czynności sympatyczne włókna okołotętnicze, rozszerzające układ naczyń włosowatych.

Objaśnienie Leriche-Brüninga przeczy jednak, mojem zdaniem, zasadniczym faktom fizjologicznym, zarówno dawnym Claude-Bernarda, Goltza i Stickera, jak nowym L. Müllera i Breslauera. Jak wiadomo bowiem, naczynio-zwężacze należą do układu współczulnego, opuszczają rdzeń przez korzonki przednie i biegną do naczyń częściowo z nerwami, częściowo ze splotami okołonaczyniowemi, podczas gdy naczynio-rozszerzacze należą do układu mózgowo-rdzeniowego, opuszczają rdzeń przez korzonki tylne i przedostają się na obwód jedynie drogą nerwów peryferycznych. W ten sposób należałoby się spodziewać, że przez porażenie nerwu występuje raczej zwężenie niż rozszerzenie naczyń, za czem też zdawałoby się przemawiać słabe tętno i zniżone parcie krwi, towarzyszące porażeniu. Inaczej rzecz się mieć powinna w drugiej grupie zachorzeń, w nerwicach wazotroficznych, które nas prowadzą bezpośrednio do skurczu naczyń, towarzyszącego sprawie *endateriitis obliterans*. Dla tych przypadków tłumaczenie Brüninga już brzmi bardziej fizjologicznie. »Przedstawmy sobie, rozumuje Brüning, że przy nerwicy naczyniowo-odżywczej podnieta patologiczna sprowadziła w odnośnej kończynie wzmożenie napięcia (tonus) układu sympatycznego, a zrozumiemy, że bodziec ów dwiema drogami dostaje się do schorzałego odcinka kończyn, a mianowicie: drogą włókien współczulnych, które z nerwami rdzeniowemi ciągną ku obwodowi, i drogą splotów okołonaczyniowych pochodzenia sympatycznego. Przerwijmy jednę z tych dróg, to jasna rzecz, iż mniej łatwo patologiczny bodziec dosięgnie do obwodu. Przerwanie tej drugiej drogi (t. j. sympatektomja) jest tembardziej wskazane, że przez nią bez kwestji poważniejsza część włókien naczyniowych przebiegać zwykła. Przerwa w tym torze wyłączy ogromną moc podniet patologicznych, biegnących ku peryferji«.

Jak widzimy, rozumowanie to odpowiada prawie dosłownie temu, co cytowałem wyżej ze swojej dawnej pracy, propagującej zarówno bezpośrednie wycinanie splotów okołotętniczych, jak pośrednie zniszczenie amyelinowych włókien sympatycznych za pośrednictwem wyciągania lub skręcania nerwu obwodowego w przypadkach cięższych, powikłanych zaburzeniami naczynioruchowemi (*Angiospasmen, crises vasculaires*). Słowem, u Brüninga jest jedynie nowem wskazanie do interwencji w sprawach pourazowych nerwów obwodowych*).

Również prof. Kappis, który nie uważa za godne polecenia usuwanie nerwiaków w myśl Leriche'a w celu gojenia

*) »Myokymja samoistna i myokymja zanikowa nie są nigdy i nigdzie jednostkami chorobowemi, lecz zespołami, jako wyraz rozwijającego się ostro lub podostro stanu podrażnienia substancji mięśniowej. Polega ona na falowaniu, drżeniu i trzepotaniu włókienek mięsnych, jest egzogennie nabytą, zazwyczaj ściśle zlokalizowaną i rozwija się najczęściej po wybitnem lub poronnem zapaleniu nerwów względnie mięśni«. (H. Higier: Über die klinische und pathogenetische Stellung der atrophischen Mytonie und der atrophischen Myokymie. Zeitschrift f. d. ges. Neurologie 32. 1916. str. 268).

*) Nie mam zamiaru wnikać w tem miejscu zbyt szczegółowo w fizjologję nerwów naczynio-ruchowych i jej subtelności, mniej pewne lub mało dowiedzione. Jest według mnie wielce prawdopodobnem, że inne panują prawa w obrębie powierzchownych czyli skórnych, a inne w obrębie głębokich czyli mięśniowych wazomotorów. Obecność naczynio-zwężaczy wyłącznie w mięśniach (Dana) jest bardzo problematyczna. O ile jest pewną natura odruchowa bólowego odczynu wazomotoryjnego skóry, o tyle jest mniej dowiedziona natura miejscowego odczynu przy rozcieraniu lub uciskaniu skóry. Wspólny przebieg naczynio-rozszerzaczy z włóknami czuciowemi na obwodzie jest tak samo ustalony i pewny, jak wspólne wyjście tychże włókien tegoż odcinka skóry z identycznego segmentu rdzenia. Natomiast wcale jeszcze nie jest dowiedzione twierdzenie Baylissa, jakoby zwężacze i rozszerzacze, na podobieństwo antagonistów i agonistów mięśni, wzajemnie się hamowały i od siebie ściśle były w czynnościach zależne. Również należałoby potwierdzić hypotezę Ebbeckiego o zaopatrzeniu przez układ autonomiczny małych tętniczek w zwężające, a naczyń włosowatych w rozszerzające włókna nerwowe.

mal perforant, a tłumaczenie Brüninga działania sympatektomji, jako nie fizjologiczne odrzuca, rozumuje koniec końców zupełnie w sensie teorji wazokonstrykcyjnej: »Gdyby hypoteza zwężenia tętniczek (dzięki wazokonstrykcyjnemu tonusowi) drogą porażenia włókien naczynio-rozszerzających okazała się trafną, to byłoby zrozumiałem, że sztuczne usunięcie zwężenia drogą sympatektomji prowadzi za sobą: a) spadek parcia krwi obok zmniejszenia skurczu naczynia i b) następcze obfitsze zaopatrzenie tkanek w krew tętniczą. W tym sensie rozumując, możnaby zyskać pewne zrozumienie dla sympatektomji w każdym razie o wiele więcej, niż przez przypuszczenie bodźca wazodylatacyjnego, który zupełnie wisi w powietrzu«.

Ponieważ tą właśnie interpretacją, zupełnie zgodną z materjałem eksperymentalno-fizjologicznym, posługiwałem się przed laty, występując z propozycją sympatektomji, to zaiste trudno mi zrozumieć, dlaczego prof. Kappis, posiłkujący się *mutatis mutandis* analogicznem tłumaczeniem genezy i terapji owrzodzeń troficznych, wypowiada mniemanie: »Tę samą sympatektomję okołonaczyniową zalecał już w roku 1901 Higier, wprawdzie nie posiadając dostatecznych podstaw eksperymentalnych i klinicznych«.

Doświadczeń na zwierzętach istotnie nie dokonywałem. Klinicznie atoli posługiwałem się wtedy, opierając się na materjale dużym, dwadzieścia kilka przypadków liczącym i kilka lat bez przerwy obserwowanym, tą samą hypotezą fizjologiczną, którą on również ze stanowiska teoretycznego wytacza dla swojej kazuistyki przeciwko Leriche'owi i Brüningowi i która sama przez się wystarczała wówczas i wystarcza obecnie.

Sprawę etjologji i patogenezy posunąłem w owym czasie o jeden krok naprzód, usiłując rozstrzygnąć pytanie, dlaczego wynikające przypuszczalnie ze skurczów paroksyzmalnych w układzie naczynio-ruchowym napady bólów mięśniowych i w związku z temiż stojące owrzodzenie tkanek powstają w poszczególnych, a nie we wszystkich przypadkach. Widziałem się wówczas zmuszonym do przypuszczenia wrodzonej czyli ustrojowej anomalji naczyń. »Mówiąc o wrodzonem upośledzeniu aparatu naczyniowego«, dowodziłem, „należy mieć na względzie, że nie tylko różne warstwy naczyniowe mogą być podścieliskiem choroby, że upośledzonym może być narząd nerwowy, regulujący napięcie naczyń: zarówno zwoje automatyczne rozsiane w ścianach i analogiczne do zwojów sercowych (Goltz), jak zakończenia czuciowe nerwów w postaci ciałek Vater-Paciniego, zaopatrujące obficie *adventitiam* (Thoma). Jedne i drugie mogłyby samoistnie lub odruchowo, przy rozszerzeniu naczynia, wywołać przekrwienie w *vasa vasorum* i wtórny rozrost *intimae*, czyli kompensacyjną *endarteriitis* jako ostateczne zakończenie sprawy o pierwotnych cechach natury wazomotoryjnej«.

Zwoje sympatyczne około-naczyniowe mają według tej koncepcji warunkować spazm naczynia jako taki, lub też stać się przyczyną angiosklerozy lokalnej wskutek zmian przewlekle zapalnych, względnie degeneracyjnych w zwojach (zmian, które należałoby stwierdzić w przyszłości).

Sympatektomja zyskała sobie w ciągu ostatnich dwóch lat dość licznych zwolenników, jak to wynika z nowszego piśmiennictwa lekarskiego. »Sympatektomja według Higiera i Leriche'a, kończy prof. Singer swoją krytyczną analizę skąpej kazuistyki piśmienniczej, oznacza niewątpliwie poważny postęp w neurologicznej djagnostyce i terapji«.

Brüningowi i Försterowi wydaje się operacja ta »nader cennym środkiem pomocniczym w leczeniu nerwic wazotroficznych«, nawet w dusznicy bolesnej. Kreibisch widzi w niej »wybitny postęp naukowy i terapeutyczny«. Seifert ceni w sympatektomji »poważny rękoczyn, zwłaszcza jeżeli zważyć, że chodzi o leczenie stanów patologicznych, które, opierając się wszelkiej terapji, słynęły jako najbardziej niewdzięczne pole chirurgji praktycznej«. Zdań polskich chirurgów nie przytaczam, jako dobrze znanych czytelnikom Polskiej Gazety Lekarskiej z ostatniego roku, interesującym się tą sprawą.

Po tym historycznym rzucie oka pozwalam sobie po dwudziestu kilku latach raz jeszcze wrócić do dawnej swojej metody i polecić ją ponownie, poparty doświadczeniem chirurgów w nowoczesnem tego wyrazu pojęciu, nie tylko w uporczywych nerwicach naczynio-ruchowo-odżywczych, z natury swej uleczalnych, ale też i w ciężkich przypadkach, często beznadziejnych, t. zw. zgorzeli przedstarczej, cechującej się obecnością *endarteriitis obliterans*, chromania przestankowego i samoistnych owrzodzeń bolesnych. Nie chciałbym jednak, aby ją traktowano jako metodę zupełnie nową, a tem mniej jako metodę Leriche'a lub Brüninga. Przyznaję chętnie, że istotnie moja sympatektomja, racjonalnie w szczegółach zmodyfikowana, najbardziej w ostatnich 2 latach spopularyzowaną i w różnych cierpieniach wypróbowaną została we Francji przez Leriche'a, a w Niemczech znacznie później przez Brüninga. Ostatnio mnożą się prace o niej w Anglji i Ameryce.

Kol. A. Zawadzkiemu, ordynatorowi oddziału chirurgicznego, który w licznych przypadkach z neurochirurgji służył mi radą i wskazówkami i wykonywał sympatektomję, serdeczne w tem miejscu składam dzięki.

Piśmiennictwo.

1) Higier: Uwagi w sprawie »*myasteniae paroxysmalis angiosclerot.icae*«, chromania przestankowego (Charcot) oraz t. zw. »*gangraenae spontaneae*«. Gazeta Lekarska 1901 i Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde 1901. — 2) Higier: Polska Gaz. Lek. 1922 i Klin. Wochenschr. 1922, Nr. 24. — 3) Brüning: Klin. Wochenschr. 1922, Nr. 15. — 4) Lériche: Presse méd. 1921, S. 856. — 5) Kappis: Klin. Wochenschr. 1922, S. 2558. — 6) Denning i Helmut: Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. 73. 5. 1922. — 7) Higier: Zur Klinik der atypischen Formen der Endarteriitis obliterans und des angioskierotischen Hinkens. Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. 73. 1. 1922 i Neurologia Polska 1922. — 8) Higier: Über die klinische und pathogenetische Stellung der atrophischen Myotonie und der atrophischen Myokymie zur Thomsenschen Krankheit und zur Tetanie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 32. 2. 1916. — 9) Singer: Die periarterielle Sympathektomie von Higier und Leriche. Medizinische Klinik 1923, Nr. 13, S. 438. — 10) Higier: Zapalenie tętnic ostre z chromaniem przestankowem. Medycyna i Kronika Lekarska 1910. Neurolog. Centralblatt 1910. — 11) Higier: Z dziedziny przesądów i błędów djagnostycznych neurochirurgji polowej. Medycyna i Kronika Lekarska 1915. — 12) Higier: Zur Frage d. therapeutischen periarteriellen Sympathektomie bei neurovaskulären Erkrankungen. Deut. Zeitschr. f. Nervenheilkunde 1922.

Witold ŁUCZYŃSKI. Lwów.

Wpływ ucisku gałek ocznych na zjawiska przysłuchowe serca wogóle, szczególnie na zachowanie się t. zw. „przygodnych" szmerów w ciąży.

(Z kliniki ginekologicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie. Kierownik Doc. Dr. Bocheński).

Doniesi nie tymczasowe.

Spostrzeżenia Weilla (1), Laubry i Harviera (2) Arsolliera (3) i Frugoniego (4), okazują, że dostatecznie silnie i długo wywarty ucisk na gałki oczne u człowieka sprowadza w pewnych razach zasadnicze zmiany w zachowaniu się przysłuchowych zjawisk serca. Dane, wynikające z prac powyższych autorów, stwierdziłem na pięćdziesięciu przypadkach, badanych zapomocą manometrycznego okulokompressometru Rubinovitcha a popartych obrazem radioskopowym serca i wiązki naczyniowej (ortodiagramem).

Podczas gdy poszczególne przypadki, których, ze względu na brak miejsca podać tu nie mogę, ogłoszone będą kiedyindziej, ograniczę się do podania wyników ogólnych, które przedstawiają się następująco:

Zmiany przysłuchowe, występujące nad poszczególnemi ujściami, dotyczą bądź tylko tonów bądź tylko szmerów, bądź też równocześnie jednych i drugich, bez względu na ich czasową przynależność w rewolucji serca.

1. Tony serca ulegają zmianie w ten sposób, że albo w miejsce czystego tonu wstępuje nowy ton rozdwojony, albo w miejsce rozdwojonego czysty, albo w miejsce tonu kilkakrotnie wyraźnie rozszczepionego ton zdwojony lub pojedyńczy. Ton głośny przejść może w cichy i odwrotnie. Czasem zmienia się także barwa tonu n. p. na metaliczną. W niektórych razach w miejsce tonu wstępuje szmer, który

albo przykrywa w całości dany ton, albo też tylko w części. Ton może wreszcie nie uledz zmianie.

2. Szmer albo znika zupełnie, a wtedy pojawia się na jego miejsce ton czysty, albo słabnie, albo nasila się, lub wreszcie nie zmienia się zupełnie.

Poszczególne typy szmerów sercowych zachowują się, o ile dotąd na podstawie dotychczasowych badań można sądzić, następująco:

a) Szmery przygodne (akcidentalne). Zasadniczo można przyjąć, że szmery przygodne znikają, jakkolwiek stopień potrzebnego ku temu ucisku jest indywidualnie bardzo różny. U jednych wystarczy 100 mm Hg., u innych ucisk 200 mm Hg. okazuje się jeszcze niedostatecznym.

b) Szmery czynnościowe (funkcjonalne).: Te zachowują się różnie, tak mianowicie, że jedne znikają zupełnie, drugie słabną wydatniej lub mniej wydatnie. Można jednak powiedzieć, że, podczas gdy szmery przygodne w przeważnej ilości przypadków znikają, szmery czynnościowe przeważnie słabną, rzadziej znikają.

c) Szmery organiczne nie znikają nigdy, natomiast albo pozostają niezmienione, albo nasilają się.

3. Rytm serca może również doznać zmiany pod wpływem ucisku oczu, tak, że w rytmie dotąd prawidłowym zacznie pojawiać się arytmia skutkiem skurczów dodatkowych (extrasystole), alboteż, że tętno serca dotąd arytmiczne, pod wpływem długiego i silnego ucisku, zmieniać sie zaczyna w ten sposób, iż w obrazie arytmicznym występują przerwy coraz dłuższe, tak, że dotychczasowy charakter arytmii zatraca się, a tętno przyśpiesza wybitnie. Jeden z takich przypadków miałem sposobność obserwować przy arytmii, spowodowanej dodatkowemi skurczami komorowemi (Extrasystolia ventricularis), stwierdzonej elektrograficznie (w Bad Nauheim).

Naturalnie, że warunkiem wystąpienia opisanych powyżej zmian jest z jednej strony całość łuku odruchowego trigeminus — vagus względnie sympaticus, z drugiej stopień wrażliwości bądź całego układu autonomicznego, bądź też tylko układu parasympatycznego lub tylko spółczulnego. To też w różnych przypadkach ucisk trwać musi nietylko różnie długo, ale też musi być stosowany z różną siłą, którą okazuje manometr aparatu.

Dla ilustracji, jak przedstawiają się zmiany przysłuchowe na konkretnym przykładzie, przytaczam następujący przypadek:

Kobieta lat 37. Wywiad: Z wyjątkiem zapalenia płuc nie chorowała. Od lat 16 zamężna, trzy poronienia, troje dzieci. Skargi: Męczenie się, duszność.

Stan narządu krążenia: Tętno 84, słabo nap. równe. Ciśnienie: 100 mm Hg. skurczowe, 80 mm Hg. rozkurczowe (Korotkow). Granice serca w wypuku powiększone na obie strony, przytłumienie wypuku na przedniej stronie klatki piersiowej tudzież w lewym szczycie pozwala przypuszczać powiększenie lewego przedsionka. Przysłuch: Nad końcem skurczowy ton dość słaby, po nim, po bardzo krótkiej przerwie, rozkurczowy szmer bardzo cichy, poczem krótka przerwa i dalsza część szmeru, tak jednak cicha, że ani charakteru dokładnie, ani stosunku względem następnej rewolucji serca oznaczyć nie można. Szmer udziela się niedaleko ku pasze i gubi w III. lew. sp. int. Nad tętnicą płucną nieczysty rozkurczowy ton. Wątroba powiększona miernie, objawy zastoiny w płucach.

Ucisk oczu. Przy 100 mm Hg. bez zmian, jedynie ton rozkurczowy nad tętnicą płucną zaczyna się konsolidować, przy 200 mm Hg. w miejsce tonu skurczowego wstępuje skurczowy szmer, po nim rozkurczowy szmer (diminuendo), przechodzący w rosnący (presystoliczny). Nad tętnicą płucną przeszedł rozkurczowy nieczysty ton w ton zdwojony.

Rozpoznanie: Ost. ven. sin. vitium valv. duplex. in st. decomp. inc.

Obraz radioskopowy: (Dr. Ch nia. L. p. 1503), Serce w całości znacznie powiększone, kształtu gruszkowatego. (Mr. 4, 5. Ml. 7, 5. Tr.: 12,0. Th. pr. 11, 5., lewa 12,0). Przedsionek lewy rozdęty, kontur jego wygładzony. Prawa komora i prawy przedsionek powiększone.

Zmiany, jakie zaszły w powyższym przypadku, są więc następujące: w miejsce skurczowego tonu skurczowy szmer, uwydatnienie się charakteru szmeru rozkurczowego skutkiem, z jednej strony nasilenia się szmeru, z drugiej zwolnienia tętna, wreszcie wystąpienie zdwojonego tonu nad tętnicą płucną.

Zachowanie się t. zw. »przygodnych szmerów« w 1-szym okresie porodowym i w połogu

Powyższy temat nie był jeszcze dotąd przez nikogo opracowywany. To też, korzystając z nadzwyczajnej uprzejmości Wgo P. Doc. Dra Bocheńskiego, tudzież W. P Dr. Sawickiej, Którym składam na tem miejscu szczere podziękowanie, przeprowadziłem badania w klinice położniczej uniwersytetu lwowskiego na 40 ciężarnych, w ostatnich dniach ciąży, względnie w I-szym okresie porodowym.

Szmery przygodne, jak wiadomo, są w ciąży zjawiskiem częstem. Fehling (5) zauważył je w 20%, Dietlen (6) w 50% badanych przypadków, opierając się zaś na własnych spostrzeżeniach, dotyczących ostatnich dni ciąży, mogę powiedzieć, że są one zjawiskiem ogólnem (w 96%). Znaczne różnice w powyższych cyfrach pochodzą prawdopodobnie stąd, że badania nie ograniczają się do jednakowych okresów ciąży, bowiem szmery przygodne pojawiają się częściej w miarę rośnięcia ciąży, zwłaszcza jej drugiej połowy.

Tak zw. »przygodne« szmery w pierwszym okresie porodowym względnie w ostatnich godzinach ciąży, okazują charakter różny i rożny typ fazowy. Od tego stanu, który możnaby określić rozbiciem na szereg poszczególnych, nieco zamazanych tonów, aż do szmerów wiotkich, chuchających a wreszcie mniej lub więcej chropawych, spotyka się całą skalę form przejściowych. Pod względem fazowym są te szmery najczęściej telesystoliczne, czasem prediastoliczne, rzadziej holosystoliczne, natomiast diastolicznego szmeru nie udało mi się zauważyć. Wiele z nich udziela się niedaleko ku pasze, nierzadko słyszy się szmer nad całą klatką w okolicy sercowej, często nad tętnicą płucną. Nad końcem serca są one zawsze dobrze słyszalne. Wobec faz oddechowych nie zachowują się jak szmery kardio-pulmonalne.

Szmery te zachowują się wobec ucisku ocznego w sposób odrębny, niż szmery przygodne w ogólności, nawet niż szmery czynnościowe. Oto jeden z przykładów:

Katarzyna P. lat 25. Wywiad: Nie chorowała. Pierwo-ródka.

Badanie położn. (z protokołu kliniki): Pierworódka. Wymiary miednicy prawidłowe. Położenie czaszkowe II. Pierwszy okres porodowy.

Stan narządu krążenia: Wymiary serca wypukowo prawidłowe. Przysłuch: Wiotki szmer telesystoliczny, udziela się ku pasze, słyszalny w okolicy przysłuchiwania tętnicy płucnej. Najgłośniejszy w III. lew. sp. int. Tony rozkurczowe czyste nad wszystkiemi ujściami. Tętno 72. Ciśń. skurczowe: 140 mm Hg., rozk. 85. mm Hg. (Korotkow).

Ucisk oczu: Mimo ucisku do 230 mm Hg. szmer nie zmienia się zupełnie. Tętno zwolnione o 8 uderzeń.

Poród w 12 godzin. Płód donoszony, żywy.

Stan narządu krążenia w 12 godzin po porodzie: Tętno 60, równe. Ciśń. skurcz.: 120 mm Hg., rozkurcz: 60 mm Hg. Szmer jak powyżej, jednak głośniejszy i słyszalny dobrze tak nad końcem jak nad podstawą.

Ucisk oczu: przy ucisku do 200 mm Hg. szmer znika zupełnie nad wszystkiemi ujściami już po 10 sekundach, jedynie nad tętnicą główną słychać słaby ślad. Mierny akcent nad aortą tonu rozk.

Stan narządu krążenia w 108 godzin po porodzie: Tętno 72. Ciśń. skurczowe: 140, rozkurczowe 70. Telesystoliczny szmer, o charakterze bardziej chropawym, udziela się ku pasze, bardzo słabo słyszalny nad podstawą serca.

Ucisk oczu: Ucisk do 250 mm Hg. nie wywołuje wybitniejszej zmiany prócz nieznacznego osłabienia szmeru. Tętno zrazu bez zmiany, przyśpiesza podczas oculocompressji do 96 po 45 sekundach. Szmery utrzymują się jeszcze po minucie ucisku, którego z powodu bolesności zabiegu przy tak wysokiem ciśnieniu dłużej utrzymać nie można.

Wedle dotychczasowych spostrzeżeń przemawiałyby wyniki za następującym stanem rzeczy:

1. Szmery »przygodne« w pierwszym okresie porodowym, względnie w ostatnich dwu dniach ciąży, zachowują się inaczej, aniżeli na podstawie obserwacji w ogólnej części omówionych wypadałoby oczekiwać. W przeważającej ilości przypadków, można powiedzieć że prawie z reguły, nie odpowiadają one na ucisk oczny zupełnie, lub tylko słabo, czyli że odczyn oczny wypada ujemnie.

2. Po porodzie szmery te:

a) albo znikają zupełnie, tak, że nad wszystkiemi ujściami, a szczególniej nad końcem serca słyszy się zupełnie

czyste tony. Ucisk oczny nie wywołuje w tych razach żadnej zmiany.

b) albo utrzymują się, względnie występują one w charakterze zupełnie tymsamym. Ucisk oczny w tych przypadkach okazuje, że szmery te zachowują się w myśl ogólnych reguł dla szmerów przygodnych t. j. szmer znika, a na jego miejsce występuje czysty ton.

3. Zarówno w przypadkach 2a jak 2b w drugim względnie w trzecim dniu połogu pojawia się nad końcem szmer, który mimo, iż wykazuje wszelkie znamiona szmeru przygodnego (po jakimś czasie może nawet zniknąć), zachowuje się wobec odczynu ocznego inaczej, aniżeli szmer przygodny bezpośrednio po porodzie, a mianowicie tak, jak szmer czynnościowy, a nawet jak szmer organiczny, t. j. nasila się.

4. Powyższe stany mogą występować zarówno przy wolnem jak też szybkiem tętnie i dotyczą równie dobrze przypadków, w których objaw Aschnera wypada dodatnio, jakoteż tych, gdzie wypada ujemnie.

Wyjaśnienie zachowania się powyższych szmerów wogomości i wobec ucisku ocznego jest trudne. Dane, zebrane na podstawie spostrzeżeń dotyczących 40 przypadków, obserwowanych kilkakrotnie w różnych okresach czasu, naprowadzają mię na myśl, że t. zw. »przygodny« szmer ciężarnych nie jest szmerem jednolitym, t. j. że jedyną i wyłączną jego przyczyną nie są zmienione stosunki wirów krwi w tętnicy płucnej skutkiem podniesienia przepony (teorja Albrechta), ale, że odgrywa tu rolę obok powyższego czynnika inny czynnik, tak, że szmer ciężarnych jest szmerem złożonym. Przypuszczenie to potwierdzałyby kilkanaście razy zauważone fakty, że szmer nad końcem, pod wpływem ucisku ocznego utrzymywał się niezmieniony albo nawet nasilał się, podczas gdy szmer nad tętnicą płucną znikał. Nie jest więc wykluczone, że szmer ciężarnych, obok zmienionych stosunków krążenia w tętnicy płucnej, jest szmerem czynnościowym, którego źródła szukać należy może w słabszem kurczeniu się pierścienia mięsnego, podpierającego zastawkę przedsionkowo komorową lewą i powstającej stąd względnej nieszczelności tegoż ujścia, lub też może w pewnego rodzaju dystenzji komory, wskutek utraty naturalnego stanu napięcia mięśniowego. Henschen (7) (który nie rozróżnia szmerów przygodnych od czynnościowych) uważa wszystkie nad końcem serca słyszalne szmery »przygodne« za szmery rozstrzeniowe. Wedle niego każdy taki szmer towarzyszy rozstrzeni (dilatacji)» która jest z reguły proporcjonalną do siły szmeru«.

Są wszelkie dane dla przypuszczenia, że szmer, pojawiający się w połogu, ma podobne źródło powstawania, jak szmer w okresie porodowym względnie ostatkach ciąży. Może nawet jest to tensam szmer, którego różne zachowanie się w połogu wcześniejszym i późniejszym może być podyktowane przez zmienione nagle wśród porodu i po porodzie warunki krążenia.

Dalsze badania, które prowadzę w tej mierze, oparte na możliwie obszernym materjale, może przyczynią się do wyświetlenia tej kwestji i do rozstrzygnięcia, czy nie grają tu roli pod wpływem inkretów zmiany w układzie nerwowym autonomicznym, mogące w myśl ogólnych spostrzeżeń Caillodsa i Cornila sprowadzić rozstrzeń komory na tle odruchowem.

Piśmiennictwo.

1) Weill: Bull. et Mém. de la Soc. med. des Hôp. 24 mars. 1915. Paris médical 1. Juillet 1916. (Ref. Press Méd. 1916). — 2) Laubry Ch. et Harvier P.: Les Modifications des bruits cardiaques sous l'influence de la compression oculaire dans les lésions organiques du coeur. Press. médic. 1916. 59. — 3) Arsollier: Étude des souffles cardiaques pendant la compression oculaire (methode de diagnostic de E. P. Weill) Thése Bordeaux 1919. (Ref. Z. f. H. u. G. K. 1921). — 4) Frugoni: Rumori cardiaci organici ed anorganici ed oculocompressione Rubinovitch. Le malattie del cuore e dei vasi 1923. — 5) Fehling: Frauenheilkunde. Diagn. Irrt. u. d. Verh. Schwalbe 1922. — 6) Dietlen: Herz u. Gefaesse im Roentgenbild 1923. — 7) Henschen: Ueber systolische funktionelle Herzgeraeusche. D. Med. W. 1908 35.

Dr. Zofja WOJNO. Warszawa.

Niezwykłe powikłanie po zastrzykiwaniu podspojówkowem rozczynu soli kuchennej.

Niezmiernie bogate piśmiennictwo, dotyczące zastrzykiwania podspojówkowego rozczynu różnych soli, stosowanego w celach leczniczych, wyczerpało, zdawaćby się mogło, całkowicie ten przedmiot, przynajmniej w zakresie objawów, towarzyszących zabiegowi.

Po wystąpieniu Darier'a, który na Kongresie Okulistów francuskich w 1891 r. i w paru wydrukowanych późniejsze publikacjach gorąco polecał podspojówkowe zastrzykiwanie rozczynu sublimatu, różni autorzy zarówno w długim szeregu prac, jak i w odpowiedziach na ankietę rozesłaną przez Valude'a, wypowiedzieli swoje zdanie o dobrych i złych stronach zastrzykiwań podspojówkowych rozczynu sublimatu i innych soli (np. cjanku rtęci, związków jodu, wreszcie soli kuchennej).

Prawie wszyscy podkreślają stałe występowanie przykrych ubocznych objawów a mianowicie: nieznośnego długotrwałego bólu, ciężkiego zapalenia, martwicy spojówki w miejscu zastrzyknięcia i t. p. po zastrzykiwaniu sublimatu.

Natomiast, pisząc o zastrzykiwaniach rozczynu soli kuchennej pod spojówkę, większość autorów wyraźnie zaznacza, że nie powodują one żadnych powikłań. Nawet de Wecker, który używał do tego celu rozczynów o znacznem stężeniu (10%—20%), stwierdza, że zastrzykiwania są mało bolesne i doskonale znoszone. Mellinger jako jedyne powikłanie wymienia lekką *episcleritis*, a Burri bolesność oka, spowodowaną zapaleniem spojówki, które występuje po 40—60 zastrzyknięciach i znika szybko bez leczenia, gdy przerwać zastrzykiwania.

Żaden z autorów nie wspomina nic o jakichkolwiek zaburzeniach ze strony rogówki, i dlatego uważam za właściwe podanie opisu dwóch własnych przypadków.

Pierwszy dotyczy p. M., urzędnika l. 48, leczonego przeze mnie zastrzykiwaniami podspojówkowemi soli kuchennej z powodu *chorioiditis disseminata*. Leczone było tylko lewe oko, prawe nie nadawało się do leczenia. Zastrzykiwałam co drugi dzień 1 cm³ płynu, składającego się z 0,92% rozczynu soli i 0,1 rozczynu 2% kokainy. Znieczulałam spojówkę również 2% rozczynem kokainy, wkraplanym trzykrotnie w ciągu 15 minut. Po zastrzyknięciu nakładałam na parę godzin opaskę na oko. Dwa pierwsze zastrzyknięcia zniósł pacjent doskonale; po trzeciem wystąpił ból w parę godzin po zastrzyknięciu. Ból był tak silny, że przeszkadzał pacjentowi spać w nocy. Po 24 godzinach oko boli mniej, pacjent ma tylko uczucie ciała obcego pod powieką. Znalazłam spojówkę gałki lekko zaczerwienioną, rogówkę w samym środku w obrębie zupełnie prawidłowego krążka o średnicy około 2 mm. pozbawioną nabłonka; dno ubytku było szare. Czucie rogówki upośledzone w porównaniu do drugiego oka. Żadnych innych zmian nie było. Założyłam 3% maść kseroformową do worka spojówkowego i nałożyłam opaskę. Po 24 godzinach pacjent zjawił się znowu. Oko nie bolało go zupełnie. Nie znalazłam już śladu podrażnienia, rogówka była lśniąca na całej powierzchni i zupełnie przeźroczysta. W dwa dni później, gdy oko ciągle miało wygląd zewnętrzny zupełnie prawidłowy, zastrzyknęłam ponownie pod spojówkę 1 cm³ 2% rozczynu soli kuchennej, po znieczuleniu spojówki sposobem zwykłym. Kokainy do rozczynu soli tym razem nie dawałam, przypuszczając, że może nadmierna wrażliwość pacjenta na działanie tego alkaloidu była przyczyną zaburzenia, spostrzeganego po poprzedniem zastrzyknięciu. Pomimo tej ostrożności pacjent zjawił się nazajutrz ze skargą na ból oka, a przy oględzinach zobaczyłam obraz odpowiadający z najzupełniejszą ścisłością temu, co widziałam przed 3-ma dniami: lekkie zaczerwienienie gałki, a pośrodku rogówki szary matowy krążek o 2 milimetrowej średnicy. I tym razem po 48 godzinach od zastrzyknięcia oko powróciło do stanu poprzedniego; po ubytku w rogówce nie pozostało śladu. Na tem skończyłam serję zastrzyknięć u tego pacjenta.

Przypadek II. Aron F., kupiec l. 27.

Leczyłam zastrzykiwaniami podspojówkowemi soli kuchennej oko prawe z powodu krwotoku w siatkówce w okolicy plamki żółtej, przy wysokiej krótkowzroczności (34,0 D). Stosowałam 2% rozczyn soli kuchennej, przyczem kokainy do niego nie dodawałam. Zastrzykiwałam 1 cm³ sposobem zwykłym po znieczuleniu spojówki przez wkraplanie 2% rozczynu kokainy. W ciągu 13 dni zrobiłam 9 zastrzyknięć. 8 przeszło bez żadnych przykrych dla pacjenta skutków, poza niezbyt silnym bólem, który występował zaraz po zastrzyknięciu i trwał kilka do kilkunastu minut. Po dziewiątem zastrzyknięciu ból bezpośrednio po zabiegu nie trwał dłużej, ale w półtorej godziny później oko znowu zaczęło boleć. Ból wzmagał się stopniowo, a w ciągu godziny stał się tak nieznośny, że pomimo spóźnionej pory (była 10-ta wieczorem) pacjent przysłał do mnie z prośbą o natychmiastowe przybycie. Oglądałam oko w trzy godziny po wykonaniu zastrzyknięcia. Znalazłam co następuje: światłowstręt, łzawienie, mierne przekrwienie spojówki gałki, lekki jej obrzęk w miejscu zastrzyknięcia, pośrodku rogówki niewielka powierzchnia o nieprawidłowych granicach pozbawiona nabłonka, którego strzępki widać u jej brzegu. Dno ubytku szare. Czucie rogówki znacznie upośledzone. Położyłam na oko okład rozgrzewający. W 12 godzin później ból oka był już nieznaczny, ubytek częściowo pokryty nabłonkiem; w 24 godziny po zastrzyknięciu oko nie bolało, miało wygląd zewnętrzny prawidłowy, całą rogówkę lśniącą i przeźroczystą. Ból po ostatniem zastrzyknięciu do tego stopnia dokuczył pacjentowi, człowiekowi o wypróbowanej już przez poprzednie 8 zastrzyknięć cierpliwości, że prosił mnie usilnie o zmianę leczenia. Przyznaję, że chętnie zastosowałam się do jego życzenia, bo i ja miałam obawę przed powtórzeniem się całej sprawy, mając świeżo w pamięci pierwszy z opisanych przypadków.

Opisane powyżej objawy, występujące po zastrzyknięciu soli kuchennej pod spojówkę, tworzą obraz kliniczny bardzo podobny do znanego nam oddawna pod nazwą »*herpes corneae*« a szczególniej do wyodrębnionej przez Hermann'a Szmidta w r. 1872 formy »newralgicznej«. Nieznaczne objawy podrażnienia oka, silne bóle, towarzyszące powstawaniu zmian w rogówce, szybkie zjawianie się tych zmian i równie szybkie ich znikanie bez pozostawienia śladów, stanowią podstawy tego podobieństwa.

Nie widziałam coprawda w obserwowanych przypadkach ani razu pęcherzyka na rogówce, ale znalezienie w przypadku, który oglądałam w półtorej godziny po rozpoczęciu się bólu, strzępków nabłonka na granicy obnażonej powierzchni, pozwala mi przypuszczać, że pęcherzyki tworzą się, lecz pękają bardzo szybko.

Mogłaby powstać może wątpliwość, czy zastrzyknięcie soli pod spojówkę stoi rzeczywiście w przyczynowym związku z objawami opryszczkowemi w opisanych powyżej przypadkach. Dla mnie ona nie istnieje, niepodobna bowiem przypadkowym zbiegiem okoliczności objaśnić faktu trzykrotnego wystąpienia opryszczki rogówki w krótkim czasie ($1\frac{1}{2}$—2 godzin) po zastrzyknięciu soli u ludzi, którzy przedtem ani potem w podobny sposób nie chorowali (pierwszego pacjenta miałam pod obserwacją jeszcze w ciągu paru tygodni, drugiego w ciągu roku).

Pozostaje jeszcze do rozstrzygnięcia pytanie, w jaki sposób zastrzyknięcie soli kuchennej pod spojówkę może wywołać objawy podobne do opryszczki rogówki. Odpowiedź na to pytanie nie jest łatwa, zwłaszcza jeżeli zważymy, że ani przyczyna powstawania opryszczki, ani sposób działania zastrzyknięć soli kuchennej nie są dotychczas dostatecznie wyjaśnione.

Wydaje mi się jednak, że opierając się na faktach, jakich dostarczyły nam prace fizjologów, możemy dać objaśnienie mające cechy prawdopodobieństwa.

2% rozczyn soli kuchennej zastrzyknięty pod spojówkę, jako łatwo przenikliwy, szybko, a więc w postaci dość jeszcze stężonej, dostaje się do przestrzeni chłonnych rogówki; a ponieważ sól kuchenna posiada w wysokim stopniu własność odciągania wody z tkanek, więc nawet nieznaczne zwiększenie się jej wartości w chłonce wpływa wysuszająco na omywane części rogówki, a między innemi na włókna nerwowe, z których każde w obrębie substancji właściwej rogówki otoczone jest własną pochewką limfatyczną. Doświadczenia Hirschmana wykazały, że słaby (2,34%) rozczyn soli kuchennej wywołuje w nerwie kulszowym żaby podrażnienie powodujące skurcz mięśni. Mamy więc prawo przypuszczać, że nawet nieco słabszy rozczyn może wywołać podrażnienie włókien nerwowych rogówki. A nadmiernem podrażnieniem tych włókien — czuciowych i odżywczych — wytłómaczyć się dają objawy spostrzegane po zastrzyknięciu soli pod spojówkę w opisanych powyżej 2-ch przypadkach: ból, przytępienie czucia rogówki i ubytek nabłonka.

Dlaczego jednak objawy te występują nie po każdem zastrzyknięciu soli kuchennej, lecz przeciwnie bardzo rzadko?

Przypuszczam, że rozczyn soli, przenikający w rogówkę, jest zbyt słaby, a przy żywym obiegu chłonki działanie jego zbyt krótkotrwałe, aby mogło wywołać w nerwach rogówki o normalnej odporności podrażnienie, powodujące wyraźne, dające się obserwować objawy. Występują one dopiero wówczas, gdy nerwy rogówki, z powodów nam nieznanych, znajdują się w stanie nadmiernej wrażliwości.

Zastrzegłam się z góry i raz jeszcze podkreślam, że nie uważam podanego przezemnie objaśnienia za jedynie możliwe. Wydaje mi się ono tylko prawdopodobnem, tembardziej, że przenosi przyczynę zaburzeń w sferę działania nerwów, co tłómaczy ich podobieństwo do formy neuralgicznej opryszczki rogówki.

Praktyczne znaczenie posiada opisane powikłanie tylko o tyle, że zmusza do przerwania leczenia zastrzykiwaniami soli w przypadkach, w których się zjawia. Ponieważ występuje ono rzadko (w ciągu swojej 9-letniej praktyki widziałam tylko dwa opisane przypadki, obadwa w pierwszym kwartale 1921 roku; od tego czasu nie widziałam nic podobnego, chociaż ze szczególną uwagą obserwowałam wszystkich chorych, leczonych zastrzykiwaniami soli pod spojówkę) i nie powoduje żadnych stałych zmian, lecz tylko krótkotrwałe cierpienie, nie powinno więc stać się przyczyną ograniczenia w stosowaniu leczenia zastrzykiwaniami podspojówkowemi soli kuchennej.

Fakt, że spostrzegane przeze mnie powikłanie nie było dotychczas opisane, objaśniam rzadkością jego występowania i krótkotrwałością zmian na rogówce. Sądzę, że mogło ono być łatwo przeoczone; szczególniej podejrzane pod tym względem wydają mi się te przypadki (zdarzające się rzadko, ale znane wielu kolegom), w których pacjent skarży się na gwałtowny ból oka, występujący w parę godzin po zastrzyknięciu, a lekarz, badający oko w 24 godziny po zabiegu, nie znajduje żadnych objawów, które wyjaśniłyby przyczynę bólu.

Z praktyki.

Dr. Olgierd KRUKOWSKI. Lwów.

O stosowaniu szczepionki Delbeta i „Chlorocalcolu" w praktyce lekarskiej.

(Z Oddz. chor. zakaź. państw. szpit. Prym. Dr. W. Arnold.)

W związku z panującą epidemją szkarlatyny wypada wspomnieć o dobrze znanym, a jednak widocznie należycie nie uwzględnianym środku, którego odpowiednie zastosowanie zapobiega zazwyczaj tak częstym w obecnej chwili powikłaniom ze strony gruczołów podszczękowych. Mam na względzie rozmaite szczepionki typu Delbeta. Zwykle, już w krótkim czasie po zastrzyknięciu daje się zauważyć polepszenie i chorobowe objawy ze strony gruczołów zanikają. Tylko w przypadkach bardzo spóźnionych nie udaje się uniknąć zserowacenia i ropienia. Miejscowy odczyn po zastrzyknięciu często bywa zbyt silny i utrzymuje się dłużej niż zmiany, które spowodowały zastosowanie szczepionki. Zwyżka ciepłoty ma zwykle charakter raptowny, lecz krótkotrwały. Najlepsze wyniki otrzymaliśmy przy stosowaniu szczepionki firmy magistra Klawe. Jednorazowa dawka 0,5—2,0. Zwykle należy ją powtarzać 2—3 razy.

Należy również wspomnieć o durze brzusznym, w przebiegu którego niejednokrotnie w obecnych czasach występują krwotoki jelitowe.

W przypadkach tych z bardzo dobrym skutkiem stosujemy »chlorocalcol« Klawe 10%, w postaci śródżylnych zastrzykiwań (5,0—10,0 jednorazowo). Krwotoki ustępują szybko i bezpowrotnie. Dwukrotnie obserwowaliśmy powtórne krwotoki przy nawrotach duru brzusznego. Mianowicie, w jednym przypadku, o bardzo ciężkim przebiegu, poraz pierwszy wystąpiły krwotoki w trzecim tygodniu choroby. Powtórzyły się one przy nawrocie duru w 7-mym tygodniu przy ciężkich objawach zapadu przy nagłym spadku ciepłoty z 40° C na 35,8° C i słabem, ledwie wyczuwalnem tętnie. Za każdym razem 10,0 »chlorocalcolu« śródżylnie spowodowało zupełne powstrzymanie krwotoków. Chora wyzdrowiała.

Pomyślne wyniki otrzymywane przy stosowaniu powyżej wymienionych preparatów upoważniają do zaznaczenia ich leczniczych zalet.

Sprawozdania poglądowe

A. LANDAU, M. FEJGIN i B. ŁOPIEŃSKI. Warszawa.

W sprawie leczenia stanów niedomogi mięśnia sercowego.

Z I Oddziału wewn. Szpitala Wolskiego. Ordynator Dr. Anastazy Landau. Według odczytu wygłoszonego na V Zjeździe Internistów Polskich w Wilnie.

Jednym z najczęstszych obrazów, jaki spotykamy u chorych szpitalnych, jest niedomoga mięśnia sercowego, wywołana przez pierwotne schorzenie narządu krążenia; chorych tego rodzaju podzielić można na 3 kategorje. Do pierwszej należą przypadki, które łatwo i szybko powracają do stanu wyrównania pod wpływem zwykle stosowanego leczenia, to znaczy spokoju, mlecznej i bezsolnej djety, stosunkowo niewielkich dawek naparstnicy oraz zwykłych środków moczopędnych z grupy purynowej (diuretyna, theobromina, kofeina, teocyna) z dodatkiem ewent. kamfory. W tych przypadkach zdolność układu sercowo-naczyniowego do samowyrównania jest naprawdę zadziwiająca. Nasze postępowanie lekarskie daje pierwszy impuls i dostarcza warunków, sprzyjających wyrównaniu zaburzeń krążenia kosztem zachowanych jeszcze w dostatecznej mierze sił zapasowych mięśnia sercowego. W przypadkach takich, bez wielkich wysiłków z naszej strony, jesteśmy świadkami, jak czasem w zdumiewająco szybkiem tempie znikają objawy niedomogi, wzmaga się diureza, obrzęki topnieją literalnie w oczach, wątroba, początkowo bolesna i znacznie powiększona, zmniejsza się z dnia na dzień, duszność mija, i oto chory, który przybył w bardzo ciężkim stanie, w ciągu kilku wzgl. kilkunastu dni zmienia się nie do poznania. Przypadki tej kategorji stanowią 33% ogółu.

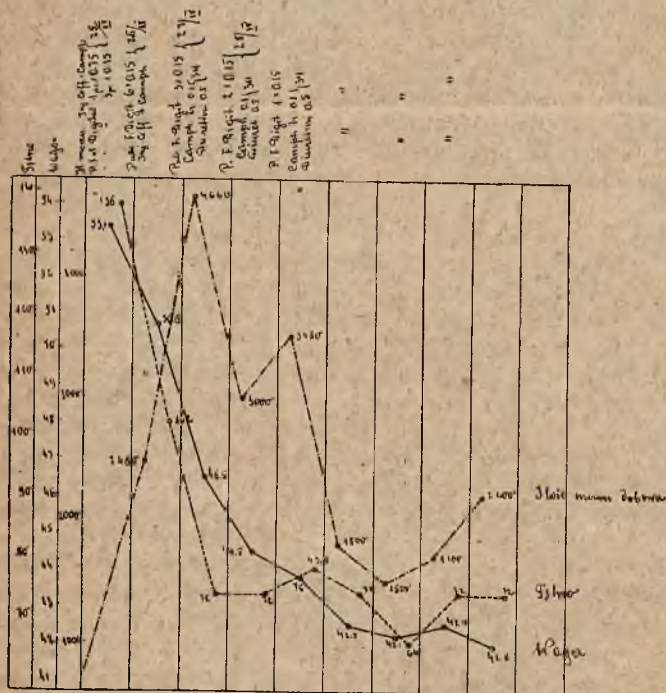
Zupełnie inaczej przedstawia się sprawa w przypadkach, zaliczanych przez nas do 2-ej kategorji, których posiadamy około 50%. Tutaj zmiany w krążeniu zaszły tak daleko, zasób sił zapasowych mięśnia sercowego, wysiłek, na jaki zdobyć się on jeszcze może, jest tak ograniczony, że o zupełnym powrocie do równowagi niemal mowy być nie może. Co najwyżej osiągnąć się tutaj daje stan względnego wyrównania, tak zresztą niestałego i chwiejnego, że lada nieuchwytna zmiana warunków, byle jaki wysiłek, odrobinę tylko przekraczający szczupły zakres zdolności przystosowania mięśnia sercowego, wystarcza, aby zburzyć często z takim trudem uzyskaną poprawę i ze stanu, jeśli nie wyrównania, to przynajmniej znośnej dla chorego egzystencji, w najkrótszym czasie doprowadzić znów do obrazu pełnej niedomogi. Ustrój oscyluje tu jakby dookoła punktu równowagi niestałej, a skala tych wahań, zależna od zachowanego jeszcze stopnia sprawności narządu krążenia, warunkuje nasze postępowanie lecznicze. W leczeniu tych stanów każdy szczegół, każda drobnostka ma znaczenie, nie tylko wybór i dawkowanie leku, ale i sposób podawania, kolejność stosowania rozmaitych środków, wreszcie ścisłe unormowanie trybu życia i djety.

W artykule niniejszym omówimy pokrótce tylko farmakologiczną stronę tego leczenia, tak, jak stosowane ono bywa na naszym oddziale, ze względu na możność krytycznej oceny polecanych w ostatnich czasach metod postępowania oraz nowych środków. Dotyczy to przedewszystkiem dawkowania naparstnicy, zalecanego ostatnio przez autorów amerykańskich, następnie stosowania na szerszą skalę strofantyny, wzgl. ouabainy, jako znakomitego tonizującego mięsień sercowy środka, oraz podawania niedawno wprowadzonego do lecznictwa przetworu rtęciowego, novasurolu, który okazał się lekiem moczopędnym, skutecznym w zwalczaniu obrzęków.

Otóż Eggleston w roku 1920 zaproponował podawanie naparstnicy w ten sposób, że, licząc po 0,15 gr. liści na każde 10 funtów wagi chorego (co wynosi po 37,5 mlgr. na 1 kilo), radzi dać połowę tej ilości jednorazowo, po 6-iu godzinach 1/4, po następnych 6-iu 1/8 i t. d. aż do wystąpienia tętna zwolnionego, wzgl. bliźniaczego, jako wyrazu nasycenia ustroju. Inny autor amerykański, White, zmodyfikował nieco ten sposób dawkowania: liczy on mianowicie po 25 mlgr. na 1 kilo wagi chorego (po 0,1 na 10 amerykańskich funtów), podając całą tę ilość w ciągu 48 godzin, w 6-iu dawkach po 3 razy na dobę. W ten tylko sposób, powiada White, osiągnąć można należyty stopień nasycenia ustroju lekiem, konieczny do wywołania pełnego działania terapeutycznego. Krytykując zbyt małe dawki naparstnicy, stosowane naogół w lecznictwie, autor ten twierdzi, że proponowany przezeń sposób podawania odpowiada właściwie wskazówkom Withering'a, który pouczał, iż naparstnicę podawać należy, »dopóki nie zadziała ona na nerkę, żołądek, jelita lub tętno«. Tę zasadę podawania naparstnicy w wielkich jednorazowych dawkach, aż do wystąpienia wyraźnych objawów przedawkowania, podjęli i inni amerykańscy klinicyści — Robinson, Christian. Ten ostatni n. p. twierdzi, że niektórych t. zw. »niebezpieczeństw« wzgl. skutków toksycznych naparstnicy należy właśnie poszukiwać, a nie unikać w lecznictwie. Trzy są tylko, zdaniem Christian'a, istotne niebezpieczeństwa, wynikające ze stosowania naparstnicy: 1° świadome lub nieświadome podawanie zbyt małych dawek dobrego preparatu; 2° używanie bezwartościowych (zbyt słabych) preparatów; 3° nieumiejętna ocena chwili, kiedy należy naparstnicę odstawić. Odróżniając 3 sposoby podawania: 1. *single massive dose* — jednorazowa wielka dawka, 2. *modified massive dose method* — zmodyfikowana metoda dużych dawek, 3. metoda małych dawek, Christian dla ciężkich przypadków poleca najbardziej drugą metodę. Podczas więc gdy dotąd powszechnie przyjętym zwyczajem podawano naparstnicę w naparze lub proszkach w ilości maximum 0,5, rzadko do 1,0 w ciągu jednego dnia w dawkach jednorazowych, zazwyczaj nie przekraczających 0,1 grm. i niezmiernie rzadko dochodzących do 0,15—0,2 pro dosi, główna osobliwość metody amerykańskiej polega na stosowaniu jednorazowo tak olbrzymich dawek, jak 0,75 do 1,0 gr. liści sproszkowanych, co niejednokrotnie miało miejsce na oddziale naszym z wcale dobrym skutkiem i pozwalało w najkrótszym czasie osiągnąć zupełne nasycenie ustroju naparstnicą [1]). Cytowany już wyżej White, występując przeciw zbyt krótkotrwałemu, ogólnie przyjętemu podawaniu naparstnicy, twierdzi, iż osiągnięte raz nasycenie należy utrzymywać przez stałe podawanie po 0,1 do 0,2 gr. liści, wzgl. 1,0—2,0 cm^3 nalewki dziennie, tyle bowiem mniej więcej wydala ustrój w ciągu doby. W ten sposób można, zdaniem W., utrzymywać w stanie wydolności w ciągu miesięcy i lat chorych, którzy inaczej dawno by zginęli skutkiem niedomogi mięśnia sercowego. Ten sposób stałego niemal podawania naparstnicy z krótkiemi przestankami, o których wspomnimy poniżej, jeden z nas (Landau) stosuje z powodzeniem już od szeregu lat i uważa go za najbardziej skuteczny środek zwalczania przewlekłego stanu niedomogi mięśnia sercowego; tego samego zdania z naszych autorów jest M. Semerau-Siemianowski w zastosowaniu do niemiarowości zupełnej. White twierdzi dalej, że wszelkie inne środki, tonizujące serce, ze strofantyną włącznie, można z powodzeniem zastąpić przez naparstnicę lub jej preparaty w odpowiednio dużej dawce, stosowanej, zależnie od okoliczności, doustnie lub dożylnie. Z tą opinją nie godzi się większość autorów francuskich, szczególniej co się tyczy strofantyny, o czem będzie jeszcze mowa później, a doświadczenie,

[1]) Farmakologiczną stronę podawania naparstnicy metodą amerykańską omówili Modrakowski i Sikorska w Pol. Gaz. lek. (Nr. 26. r. 1923).

zdobyte na naszym materjale, również zdaje się nie przemawiać za tak krańcowem i wyłącznem stanowiskiem. Na oddziale naszym stosowano naparstnicę sposobem, podawanym przez Amerykan, we wszystkich cięższych przypadkach niedomogi mięśnia sercowego, gdzie, prócz zwykłych objawów zaburzeń w krążeniu i rozmieszczeniu krwi, były dane, świadczące o znaczniejszym stopniu uszkodzenia tego mięśnia (migotanie przedsionków z dodatniem tętnem żylnem i niemiarowością zupełną). Otóż chorym takim, zależnie od stanu, wagi i t. d., podawano od 1,5 gr. do 2,25 gr. sproszkowanych liści w ciągu 48 godzin tak, że pierwszego dnia otrzymywali jednorazowo 0,5 g. lub 0,75 g. do 1,0 i jeszcze 3 do 4 razy po 0,1—0,15 g., a następnego dnia 6 razy po 0,15 g. W ten sposób wypadało dla chorych o wadze przeciętnie od 60 do 75 klgr. mniej więcej po 0.025—0,03 gr. na 1 klgr. — Jeżeli nie następowały wyraźne objawy nasycenia: znaczne zwolnienie tętna, ewent. wymioty, szum w uszach, zawrót głowy, dawano jeszcze i następnych dni po 0,1—0,15 g. 2—3—4 razy na dobę, aż do widocznego skutku, w przeciwnym razie odstawiano naparstnicę na krótki, zresztą, tylko czas (1 do 3 dni), wtrącając diuretynę z kamforą, ewent. kofeinę, a następnie znów wracano do naparstnicy po 0,1—0,15 gr. 2—4 razy na dobę, tak aby utrzymywać stale stan nasycenia ustroju, stosując krótkotrwałe przerwy w miarę potrzeby. Kuracja taka w połączeniu, oczywiście, ze zwykle stosowaną w tych przypadkach djetą, a nieraz z upustem krwi dawała bardzo dobre, i to w jak najkrótszym czasie, wyniki. W całym szeregu przypadków ciężkiej niedomogi (2-ga kategorja naszych chorych, stanowiąca około 50% odnośnego materjału) podawano w ten sposób naparstnicę i ani razu nie spostrzegano ujemnych skutków (patrz krzywa Nr. 1). Jednak w stosunkowo znacznym odsetku przypadków (w naszym materjale około 40%) nadchodzi chwila,



kiedy sama tylko naparstnica, stosowana doustnie, nie wystarcza do utrzymania ustroju w stanie względnie znośnego »status quo«, kiedy odstawić ją trzeba z powodu zbyt silnych objawów nietolerancji (stałe tętno bliźniacze, objawy żołądkowe), lub gdy ustrój przestaje niejako być na nią wrażliwy, i lek nie usuwa już na nowo narastających oznak niedomogi. W tym stanie kurczliwość mięśnia sercowego ucierpiała na tyle, że dalsze doustne podawanie naparstnicy nie może już wzmóc mechanicznego efektu pracy serca; prowadzi ona tylko do wzmożenia pobudliwości, występowania skurczów dodatkowych i przyśpieszenia (zamiast zwykłego zwolnienia) rytmu, co uważane być musi za oznakę cięższego stopnia zatrucia, wzgl. przedawkowania tego środka. Albo też, jak tego chce Danielopolu, w przypadkach tych w związku ze znacznym zastojem w układzie żyły wrotnej z jednej strony, a nadmiernem wzmożeniem pobudliwości mięśnia sercowego, wywołanem przez niedostateczne jego ukrwienie — z drugiej, naparstnica, podawana doustnie, dostaje się zbyt powoli i w nazbyt małej ilości naraz do miejsca działania, wskutek czego występuje działanie leku odwrotne do zamierzonego (action inversée), t. zn. działanie batmotropowe dodatnie bezpośrednie (action bahtmotrope positive directe podług terminologji Danielopolu); działanie naparstnicy wtedy nietylko nie przynosi pożytku, ale może się przyczynić do pogorszenia sytuacji, albowiem z powodu zmniejszenia siły skurczów mięsień sercowy absolutnie nie jest w stanie wyrównać zaburzeń, wynikających z przyśpieszonej i niemiarowej akcji serca. I oto w tych właśnie przypadkach nader cenne usługi oddać może wprowadzona nanowo do lecznictwa i na szerszą skalę stosowana przez klinicystów francuskich strofantyna, względnie ouabaïna (ta ostatnia jest to, jak wiadomo, glukozyd, otrzymany przez Arnaud'a z rośliny »Strophantus gratus«, posiadający zupełnie podobne, tylko może nieco słabsze działanie od pokrewnych mu glukozydów — strofantyny ze »Stroph. hispidus« i „Stroph. Combé" Poulsson)

Szereg niepomyślnych wyników w postaci zejść śmiertelnych po stosowaniu tego środka dożylnie zniechęcił początkowo ogół klinicystów niemieckich i francuskich do strofantyny, i dopiero prace i próby lat ostatnich Vaquez'a, Lutembacher'a, Lecomte'a, Danielopolu i wielu innych zaczynają przywracać popularność tego, cennego skądinąd, leku nasercowego. Jak wykazała analiza farmakologiczna i badania kliniczne wspomnianych autorów, działanie strofantyny, wzgl. ouabainy przypomina naogół działanie naparstnicy (opinię tę podziela również M. S e m e r a u), różni się ona tylko, według Lutembacher'a, innym współczynnikiem farmakodynamicznym w stosunku do 3-ch zasadniczych własności mięśnia sercowego — kurczliwości, pobudliwości i przewodnictwa, ma ona bowiem wpływać przeważnie na kurczliwość, w mniejszym zaś stopniu na przewodnictwo i pobudliwość; naparstnica zaś, zdaniem Lutembachera, działa najwybitniej na przewodnictwo w sensie jego utrudnienia, wzgl. zahamowania. Innego zdania jest Danielopolu, przypisujący różnicę w działaniu u naparstnicy i strofantyny tylko większej rozpuszczalności oraz wprowadzaniu wprost do żyły tego ostatniego leku; jednak i ten autor, zgodnie z innymi, podkreśla niezastąpioną wprost wartość strofantyny w wielu bardzo przypadkach, w których naparstnica nie okazuje już żadnego wpływu. Co się tyczy dawkowania strofantyny, stosowanej wyłącznie dożylnie, to radzi Lutembacher rozpocząć od 0.25 mlgr. dwukrotnie w ciągu 1-ej doby, a następnych dni zastrzykiwać jednorazowo po 0.5 mlgr. Natomiast Laubry i Pezzi oraz Danielopolu nie przekraczają dawki jednorazowej 0.25, uważając stosowanie 0,5 jednorazowo za ryzykowne. Natomiast ten ostatni autor nic niema przeciwko powtarzaniu zastrzyknięcia po 0,25 mlgr. 2 i 3 razy na dobę, oczywiście w przypadkach cięższych. Większość zejść niepomyślnych, zdaniem wymienionych dopiero autorów, jak również Vaquez'a, tłómaczyć należy wogóle ciężkim stanem chorego, u którego niczem już nie można odwrócić fatalnego końca, a tylko zbieg faktów w czasie każe otoczeniu przypisywać winę strofantynie. Stosowanie strofantyny wskazane jest przedewszystkiem we wszelkich stanach niewydolności lewej komory — czy to ostrej (n. p. napad duszności bolesnej z obrzękiem płuc, choroby zakaźne), czy przewlekłej, bez względu na przyczyny, które ją spowodowały. Ribierre i Giroux na zasadzie własnych spostrzeżeń stwierdzają, że dość znaczny stopień białkomoczu nie stanowi przeciwwskazania do podawania ouabainy, o ile istnieje kardynalne wskazanie — osłabienie mięśnia komory lewej. Jedynem przeciwwskazaniem do stosowania strofantyny, jak i innych przetworów naparstnicowych, jest, zdaniem naszem, bradykardja czyli zwolnienie tętna, albowiem tą drogą moglibyśmy wywołać sztucznie obraz t. zw. bloku sercowego. Musimy tu jednak z całym naciskiem podkreślić jedną okoliczność, a mianowicie, iż w tych razach o częstości tętna decyduje nie obmacywanie tętna na tętnicy

promieniowej, lecz liczenie skurczów serca przez bezpośrednie jego osłuchiwanie, nie należy bowiem zapominać o istnieniu t. zw. bradykardji rzekomej, wywołanej przez skurcze daremne, nie dochodzące do obwodu, w której osłuchiwanie serca stwierdzić może rytm jego niezwolniony, lub nawet przyśpieszony. Na oddziale naszym stosowana była strofantyna dożylnie w ten sposób, że pierwszego dnia otrzymywał chory 2 razy po 0.25 mlgr. w odstępach 15—30 minutowych (wzgl. po 0.15 mlgr. dla wypróbowania wrażliwości), a w ciągu następnych 4-ch dni — po 0.5 mlgr. jednorazowo. W miarę potrzeby serję taką powtarzano po jakimś czasie znowu. W innych przypadkach podawano tylko po 0.15 mlgr. dziennie, ale w ciągu dłuższego czasu, n. p. 8 dni. Przy tym sposobie podawania strofantyny, a mianowicie wstrzykując jednorazowo najwyżej 0,5 mlgr., po uprzedniem wypróbowaniu wrażliwości danego osobnika przez zastosowanie mniejszych dawek 0,25, ewent. 0,15 mlgr., nie widzieliśmy ani razu ujemnych stron tego leku. Zwrócić jednak należy uwagę na przestrogę Danielopolu, który nie radzi przekraczać jednorazowej dawki 0,25 mlgr., którą natomiast można w ciągu doby powtórzyć 2–3, a nawet 4 razy. Dok. nast.

Oceny i sprawozdania.

Podręcznik do ćwiczeń histologicznych opracowany przez Prof. Dra Stanisława Maziarskiego. Wydanie III. z 161 rycinami na osobnych kartkach oraz 2 rycinami w tekście. Nakładem Polskiej Akademji Umiejętności, Kraków 1923. Tekst str. I—VI, 1—99 i 90 kartek rysunkowych in 4°.

Z prawdziwą radością witamy książkę Prof. Maziarskiego w nowem III. wydaniu. Brak tego podręcznika dotkliwie dawał się odczuwać w ciągu ostatnich lat, gdy II. wydanie zostało w zupełności wyczerpane, a brak ten odczuwali zarówno ci, którzy mieli obowiązek i zadanie nauczania histologji, jak i ci, którzy mieli się jej uczyć.

Myśl stworzenia tego rodzaju podręcznika, jakim nie może poszczycić się piśmiennictwo obce, była nader szczęśliwa. Pomysł swój udoskonala autor z każdem wydaniem, to też obecne, trzecie wydanie tego podręcznika ukazuje się znacznie zmienione i rozszerzone.

Książka składa się z dwóch części. Pierwsza zawiera na 20 stronach krótkie pouczenie o budowie i używaniu mikroskopu oraz bardzo przejrzysty zarys najważniejszych sposobów badania histologicznego. Druga część obejmuje 161 rycin półschematycznych, przedstawiających obrazy mikroskopowe komórki, tkanek i narządów, jakoteż tekst objaśniający ryciny. Strona graficzna książki jest w tem wydaniu zasadniczo zmieniona. Zamiast ogólnych zarysów obrazów mikroskopowych, jak to było w poprzednich wydaniach, daje autor zdjęte z preparatów rysunki półschematyczne, w których najważniejsze szczegóły budowy są zaznaczone. W części rycin szczegóły te są tylko przedstawione na małym wycinku całości n. p. moczowodu, resztę winien student uzupełnić na podstawie oglądanego preparatu, wrysowując, najlepiej przy pomocy ołówków barwnych, szczegóły obserwowane. W ten sposób spełnia książka Prof. Maziarskiego niezmiernie ważne zadanie, zniewalając początkującego studenta do ścisłej obserwacji pod mikroskopem i do zdawania sobie sprawy z tego co widzi. Tekst jest zwięzły i jasny. Autor podkreśla należycie tylko te szczegóły, które mają znaczenie dla zrozumienia budowy danej tkanki lub narządu, wystrzega się zaś wkraczania w jakiekolwiek zagadnienia teoretyczne, ograniczając się jedynie do tego, co początkującemu ma ułatwić orjentację w preparacie.

Układ podręcznika i dobór materjału odpowiada zasadniczemu programowi ćwiczeń histologicznych na wydziałach lekarskich naszych Uniwersytetów.

Zewnętrzna strona książki przedstawia się, jak na obecne czasy, poprostu zbytkownie. Wydana przez Krakowską Akademję Umiejętności przedstawia znane zalety typograficzne jej wydawnictw. Jedynie tej okoliczności, iż Akademja podjęła się wydania tego pożytecznego podręcznika, przypisać należy, że dla studentów nabywających go za pośrednictwem towarzystw samopomocowych, cena egzemplarza wynosiła zaraz po wyjściu t. j. w początkach października 100.000 mk. t. j. kwotę, która dla najmniej zamożnego studenta była dostępna.

Tak autorowi, jak i Akademji Umiejętności za oddanie do użytku tego dzieła należy się od młodzieży akademickiej wdzięczność, zaś od wszystkich biorących udział w nauczaniu histologji prawdziwe uznanie. *Szymonowicz* (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa

Choroby wewnętrzne.

Le malattie del cuore et dei vasi. 1923

G. Meldolesi i E. Milani: **O przystosowaniu narządu krążenia do sztucznie wzmożonej pracy.** Bardzo obszerne studjum, wyczerpujące treść niemal dwu zeszytów pisma, oparte na spostrzeżeniach podczas ucisku tętnicy udowej aż do zupełnego wyłączenia jej z krążenia przy pomocy metody Cardarelli-Katzenstein. Zmiany stanów poszczególnych serca notowano elektrograficznie i radioskopowo.

Zachowanie się serca podczas całego czasu t. j. od chwili zacisku tętnicy aż do chwili zjawienia się w niej krążenia, można podzielić na cztery okresy:

1) Okres początkowego przyśpieszenia, trwający przeciętnie około siedm sekund (rzadziej 10—15), znamionujący się obok przyśpieszenia tętna zaburzeniem prawidłowego rytmu sercowego. Obraz radioskopowy wykazuje nieznaczne zwiększenie się wielkości sylwety sercowej w okresie skurczu. Prawdopodobnie temu okresowi odpowiada też nieznaczne zmniejszenie się ciśnienia krwi.

2) Okres zaciśnięcia tętnicy. Po chwilowem przyśpieszeniu, częstość uderzeń serca okazuje tendencję do stopniowego zwolnienia, jednak wśród ustawicznych wahań, a to z jednej strony przyśpieszenia, z drugiej zwolnienia. Podczas gdy jednak pierwsze zachowuje się do pewnego stopnia w czasie i w istocie swej mniej więcej stale, to okresy zwolnienia, włączone w okresy przyśpieszenia, okazują większą nieprawidłowość, niewątpliwie pochodzącą od czynników indywidualnych. Obraz radioskopowy odznacza się zmianą cienia sercowego, zwłaszcza w okresie pierwszego przyśpieszenia. Zmiana ta dotyczy zarówno czynności serca jak jego wymiarów. Przedewszystkiem zwraca uwagę odcinek, odpowiadający lewej komorze, kurczący się z większą energją i wypełniający się obficiej, z charakterystycznemi zmianami końca serca i narysu lewej komory. Równocześnie pojawia się zmniejszenie się serca w całości, zaznaczające się dobitniej w okresie skurczu niż rozkurczu. Zmiany te cienia sercowego nie zależą zupełnie od momentów psychicznych, to też utrzymują się tak samo w narkozie, mimo całkowitego zniesienia odruchów.

Obraz elektrograficzny cechuje się zmianami, znamiennemi dla podniety ze strony nerwów współczulnych, czasem występuje skurcz dodatkowy (extrasystolia) z komory lewej. Ciśnienie skurczowe (maksymalne) podnosi się nieznacznie (o 5 mm Hg.).

3) Okres przyśpieszenia przy zwolnieniu zacisku. W momencie zwolnienia zacisku występuje znowu przyśpieszenie, analogiczne do tego, które pojawia się w chwili odcięcia krążenia udowego. Cień skurczowy serca okazuje zmniejszenie średnicy jeszcze w znaczniejszym stopniu. Obraz elektrograficzny nie różni się od obrazu pod 2., jedynie nie zauważono skurczów dodatkowych.

4) Okres powrotu serca do prawidłowej czynności występuje dość szybko, można powiedzieć prawie nagle. Zmiany wielkości i stanu poszczególnych odcinków serca, występujące w obrazie radioskopowym i elektrograficznym, znikają, ciśnienie i częstość tętna powraca do stanu przed doświadczeniem.

F. Castellotti: **Ciśnienie krwi w czasie snu u hypertoników.** U osobników normalnych ciśnienie krwi we śnie ulega bardzo nieznacznemu zmniejszeniu się, a mianowicie dla skurczowego ciśnienia 3,2%—0%, zaś dla rozkurczowego 5.5%—0%. Tymczasem u cierpiących na hypertonję spadek ciśnienia we śnie jest stosunkowo bardzo znaczny, jakkol-

wiek różny. Waha się on dla skurczowego ciśnienia między 10,2% — 34,2%, zaś dla rozkurczowego 4,7% — 214%.

Zdaniem Castellottiego zmniejszenie to ciśnienia pochodzi z kilku przyczyn, a mianowicie: 1) rozszerzenia naczyń obwodowych, co stwierdzono na krzywych pletysmograficznych, 2) zmniejszonej siły skurczowej mięśnia sercowego, którego jedno rozwinięcie się (revolutio) trwa dłużej we śnie aniżeli na jawie, 3) zwolnienia napięcia mięśniowego, 4) często zwiększonej diurezy u hypertoników, 5) zmniejszenia czujności układu nerwowego centralnego.

Zmniejszenie się nocne ciśnienia uważać należy za ochronne urządzenie dla serca, które w ten sposób zostaje na pewien czas odciążone od nadmiernej pracy.

C. Rubino: **Odruch kręgowo-oczno-sercowy.** U osoby, siedzącej w pokoju niezbyt silnie oświetlonym, tak ustawionej, by światło nie padało wprost w oczy, można przez opukiwanie słabe kręgosłupa, od 7-go kręgu szyjnego do 8-go piersiowego, uzyskać następujące zjawiska: 1) zwiększenie się źrenicy z równoczesnem powiększeniem się szybkości tętna, częściej zaś zmniejszenie się napięcia tętna i zmniejszenie serca, 2) zwiększenie się źrenicy bez zmiany tętna, 3) zmiana tętna bez zmiany źrenicy, 4) zwężenie się źrenicy ze znacznem osłabieniem napięcia tętna, tak, że może przejść ono w tętno nitkowate, 5) w pewnych przypadkach przy zwiększeniu się częstości tętna - zwiększenie objętości serca, 6) przy opukiwaniu jednej strony t. j. z boku kręgosłupa, rozszerzenie względnie zmniejszenie się źrenicy po tej stronie, która odpowiada opukiwanej stronie kręgosłupa.

Zjawiska dotyczące serca i naczyń krwionośnych tłómaczy autor z jednej strony warunkami anatomicznemi opukiwanej okolicy (między innemi podnieta wywierana na znajdujące się pod tub. ant. vert. cerv. VII. ganglion stellare), z drugiej fizjologicznemi. Przez opukiwanie bowiem kręgosłupa wywiera się podnietę na nerwy przyśpieszające serca, decydujące o zwiększeniu się częstości uderzeń serca i zmniejszeniu jego objętości. Natomiast stwierdzane niejednokrotnie zwiększenie się objętości serca, ma być wyrazem nagłej niedomogi sercowej. Powstaje ona wedle autora w ten sposób, że drogą nerwów współczulnych następuje zwężenie naczyń płucnych, co, powiększając nagle opory dla prawego serca, może u osobników ze słabem napięciem mięśnia sercowego spowodować rozstrzeń prawej komory. Odpowiadałby ten mechanizm, wywołujący ostrą rozstrzeń serca, mechanizmowi podobnie działającemu, a znanemu jako odruch brzuszno-sercowy (Livierato).

Odnośnie do zmian źrenicy zaznacza autor, że przeważnej ilości przypadków zwiększonej częstości tętna towarzyszy rozszerzenie się źrenicy i to przeważnie po tej stronie, po której opukuje się okolicę obok kręgosłupa. I tu stosunki anatomiczne wyjaśniają powyższe zjawisko. Nerwy współczulne, rozszerzające źrenicę, przebiegają wspólnie z nerwami przyśpieszającemi serca, wychodząc prawie że z tego samego miejsca rdzenia pacierzowego, przyczem ośrodek (centrum cilio-spinale Budge) wprawiony zostaje w stan czynny równie na drodze automatycznej jak odruchowo. W taki sposób zachowuje się źrenica w pewnych granicach przy opukiwaniu kręgosłupa podobnie jak serce. U sympatykotoników odruch ten jest też tem mniej wybitny, im bardziej zaznaczone są znamiona sympatykotonji, i u osób, u których źrenica jest rozszerzona wydatnie a rytm serca okazuje tachyrytmię, odruch nie pojawia się. *Łuczyński* (Lwów).

Presse médicale.

Nr. 71. 1923.

Ithurrat i B. N. Calcagno. **Wartość porównawcza różnych odczynów biologicznych w rozpoznawaniu bąblowca.**

I. Odczyn Imaz-Lorentz'a, znany też pod nazwą odczynu Ghadiniégo, w razie dodatniego wyniku ma duże znaczenie, gdyż jest swoisty. Autorzy nigdy nie otrzymali dodatniego wyniku w nieobecności bąblowca. Odczyn ten w przypadkach bąblowca, stwierdzonych chirurgicznie, dał następujące wyniki: odczyny dodatnie — 88,7%, odczyn wątpliwy — 1,6%, odczyn ujemny — 9,68%.

II. Odczyn z nieogrzaną surowicą. Weinberg i inni autorzy radzą równolegle przeprowadzać 2 badania: z surowicą nieczynną i nieogrzaną. Autorzy stosowali metodę Hecht-Rubinsteina i stwierdzili zgodność wyników odczynu Imaz-Lorentz'a z odczynem Hecht-Rubinsteina. W przypadkach, w których tylko ten ostatni odczyn jest dodatni, autorzy uważają go za miarodajny.

III. Eozynofilja idzie w parze z dodatniemi wynikami wyżej opisanych odczynów; nie jest to jednak bezwzględne. Istnieją przypadki z nieznaczną eozynofilją i dodatniemi odczynami surowiczemi i odwrotnie.

IV Odczyn doskórny (l'intradermo-réaction), ma pierwszorzędne znaczenie dzięki swej swoistości i szybkości. Na 137 badanych chorych stwierdzono, że tylko w 4-ch przypadkach wyniki tego odczynu nie zgadzały się z danemi operacyjnemi. W 81 pierwszych przypadkach autorzy stosowali płyn, pochodzący z torbieli ludzkich, poczem wykonywali równolegle badania z płynami zwierzęcemi, owiec i bydła rogatego. Autorzy stosowali dwa zastrzyki w punktach znacznie oddalonych od siebie. Wyniki były zupełnie równoznaczne. Odczyny z płynem zwierzęcym wypadały naogół wyraźniej. Wobec tego, że płyny z ustroju ludzkiego jest trudno pobierać i przechowywać, autorzy zdecydowali się stosować tylko antygen z torbieli zwierzęcych. Pobierania płynów u ludzi i zwierząt autorzy dokonywali zapomocą zwykłej dużej wyjałowionej strzykawki, zaopatrzonej w długą cienką igłę. Płyny te można przechowywać w wyjałowionych ampułkach w przeciągu kilku miesięcy. Przy pobieraniu płynu ludzkiego należy przekonać się uprzednio, czy osobnik ten nie jest dotknięty zaraźliwą chorobą (Bordet-Wassermann). Dwa czynniki wpływają na wynik odczynu: z jednej strony jakość przeciwciał, z drugiej zaś wrażliwość ustroju. Zastrzyki podskórne ($^1/_2$ do 1 cm^3) w przypadkach dodatnich wywoływały na miejscu ukłucia zaczerwienienie, przechodzące stopniowo w obrzękłe nacieczenie, dosięgające do 30—40 cm^2. W pewnych przypadkach odczyn przebiega powoli i niezbyt wyraźnie. Zastrzyki doskórne (intradermo réaction) mają pod tym względem znaczną wyższość. W większości przypadków już po upływie kilku minut po zastrzyku występuje dookoła ukłucia zaczerwienienie, które osiąga maximum w końcu $^1/_2$ godziny. Po upływie 10—15 minut na miejscu ukłucia występuje wysypka pokrzywkowa, która po upływie $^1/_2$ godziny przechodzi w nacieczenie. Autorzy nigdy nie spostrzegali odczynu spóźnionego. Dodatni wynik otrzymuje się już po upływie 15—20 minut. Odczyn jest zupełnie bezpieczny, niebolesny i pewny w porównaniu z innemi sposobami, zwłaszcza w przypadkach torbieli o grubych ścianach, w których przechodzenie przeciwciał bąblowcowych jest utrudnione. Ropienie lub też otworzenie się torbieli do sąsiedniej jamy nie przeszkadza w otrzymaniu wyników dodatnich. Wnioski z badań biologicznych i wyniki zabiegów operacyjnych pozwalają rozpatrywać 4 postacie chorobowe bąblowca:

1) Postać zupełna — odczyny Imaz-Lorentz'a, Hecht-Rubinsteina, doskórny, eozynofilja — dodatnie.

2) Dwie postacie przejściowe (intermédiaires).

a) Imaz-Lorentz — ujemny
Hecht-Rubinstein, Intradermo, Eozynofilja } dodatni

b) Imaz-Lorentz, Hecht-Rubinstein, Eozynofilja } dodatnie
Intradermo — ujemna

3) postać pośrednia (type moyen)
Imaz-Lorentz, Hecht-Rubinstein } ujemne
Intradermo, Eozynofilja } dodatnie

4) postać odosobniona (type isolé)
Imaz-Lorentz, Hecht-Rubinstein, Eozynofilja } ujemne
Intradermo — dodatnia

Postaci ujemnej, opisanej przez Chauffard'a i Vincent'a, autorzy nie spostrzegali. *Al. Krause* (Warszawa)

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 15 maja 1923 r.

Przewodniczy prof. A. Gluziński.

1) Sabat przedstawia mężczyznę, lat 26 liczącego, który od lipca 1920 r. uczuwał suchość w gardle i miewał chrypkę prze-

mijającą. W kilka miesięcy później wystąpiła stała chrypka, suchy kaszel, duszność. Stwierdzono twardziel. Dn. 23. I. 1921 r. w Szpitalu Ujazdowskim dokonano tracheotomji. W parę miesięcy później stan chorego znacznie się pogorszył. Wystąpiły zachłystywania się przy przyjmowaniu pokarmów, unieruchomienie nalewek. W dalszym ciągu twardziel zajęła gardło i nos. W drugiej połowie listopada specjalista laryngolog skierował chorego do naświetlania. Stan przed naświetlaniem przedstawiał się tak: nos znacznie powiększony, zniekształcony, twardy; twarde białawe guzy na dolnej ścianie przewodów nosowych i na muszlach dolnych, zwężające oba przewody nosowe do paru milimetrów średnicy. W okolicy otworów tylnych rozlane nacieczenie, zwężające wejście do tych otworów do pół cm. średnicy. Podniebienie miękkie podciągnięte do góry, prawie nieruchome. Wygląd tylnej ściany gardła robi wrażenie bliznowatego zwyrodnienia śluzówki. Światło krtani tak zwężone, że zaledwie drucik o przekroju paru milimetrów mógłby być przepchnięty, struny głosowe zupełnie unieruchomione. Głos chorego zachrypnięty o dźwięku nosowym. Chory po zatkaniu lub wyjęciu rurki nie może oddychać. Chory był naświetlany: 1) 20. X. 21 r. 2) 23. XI. 21. 3) 22. XII. 21 r. 4) 3. I. 22 r. 5) 7. II. 22 r. 6) 10. III. 22. r. 7) 7. IV. 22 r. 8) 24. V. 22 r. 9) 22. VI. 22 r. 10) 22. VII. 22 r. 11) 23. IX. 22 r. Naświetlano prawą stronę nosa, lewą stronę nosa, nos od przodu, prawą stronę szyji i lewą stronę szyji, szyję od tyłu, promieniami twardemi 10—12 We przez filtry glinowe 3—4 mm grubości, dawkami 8—10 H. Polepszenie stanu podmiotowego i przedmiotowego następowało w miarę naświetlań. Stan przedmiotowy 10 maja 1923 r.: Nos prawidłowo ukształtowany, prawidłowej wielkości i twardości, bez guzków i nacieczeń, drożność przewodu nosowego zupełna. Muszla dolna prawa nieco powiększona, miękka. Podniebienie miękkie o ustawieniu prawidłowem, ruchome. Mowa bez charakteru nosowego; pozostała nieznaczna chrypka. Światło krtani przy wejściu okrągławe, zapewne wskutek blizny, dochodzące do $^3/_4$ prawidłowego. Ruchomość nalewek i strun głosowych zadawalająca. Oddychanie po wyjęciu rurki i przy zatkaniu otworu tracheotomji zupełnie swobodne. Sabat wspomina i o innych przypadkach twardzieli leczonych promieniami Roentgena również z dobrym wynikiem.

2) Rutkowski Jerzy przedstawia chorego po operacji nałożenia szwu na wątrobę z plastyką wolnego kawałka mięśnia prostego. Chory przybył na II. klinikę chirurgiczną U. W. z powodu rany postrzałowej okolicy wątroby z objawami krwotoku wewnętrznego. Po otwarciu jamy brzusznej (cięcie Kochera na wątrobę) R. stwierdził głęboką o nierównych brzegach ranę wypukłej powierzchni wątroby, długości do 12 cm. Po ułożeniu w ranie odpowiedniego kawałka mięśnia, nałożono 5 głębokich szwów strunowych; zaszycie powłok na głucho. Szew wątroby należy do rzadkości. Do niedawna rany wątroby tamponowano wyjałowioną gazą, wskutek obawy przed krwotokiem brzucha nie zaszywano na głucho. Wskutek kruchości miąższu wątroby szwy bardzo łatwo przerzynały się. Dopiero w ostatnich czasach zaproponowano szew z plastyką sieci na ranę. Chory jest już 2 miesiące po operacji, czuje się dobrze. Badanie moczu upośledzenia wątroby nie wykryło.

3) Krzemiński przedstawia chorego z wybitnem drżeniem zamiarowem. Drżenie to, znacznej rozległości w dolnych, górnych kończynach i tułowiu, szczególniej wyrażone w pozycji stojącej przy ścianie. U chorego stwierdzono zmiany w czynności wątroby i ograniczone stwardnienie w wątrobie. Po rozpatrzeniu objawów K. wyłącza stwardnienie wieloogniskowe rdzenia (sclerose en plaques) a także rzekome stwardnienie wieloogniskowe (pseudosclerosis) i rozpoznaje chorobę Wilsona. Odczyn Wassermanna ujemny.

W dyskusji Trzciński wspomina, że przedstawił chorego z objawami zupełnie dobrze wyrażonego klinicznie stwardnienia wieloogniskowego przy obecności powiększonej wątroby i śledziony. Trzciński, pamiętając omawiane przez prof. Gluzińskiego przypadki, przeprowadził swoiste leczenie przeciwkiłowe i chory wyzdrowiał.

Higier nie sądzi, aby choroba ta była w związku z przymiotem, gdyby się nawet stwierdziło przypadkiem odczyn Wassermanna. Obraz kliniczny jest typowy dla t. zw. pseudosklerozy, opisanej przez Westphala i Strümpla, a zbadanej po raz pierwszy dokładnie histologicznie przez Alzheimera. Jasna rzecz, że cierpienie, przebiegające z zaburzeniami psychiki, mowy, stwardnieniem wątroby i zmianami w rogówce, nasuwa przedewszystkiem myśl o przymiocie. W 1915 roku H. opisał przypadek, w którym ojciec był dotknięty młodocianą drżączką porażenną, a z dwóch synów jed n chorobą Wilsona, a drugi pseudosklerozą. Higier wypowiedział też wtedy zdanie o bliskiem pokrewieństwie lub identyczności obu tych ostatnich postaci, co wreszcie w 1920 r. na drodze histologicznej ostatecznie stwierdził Spilmeyer. Choroba ta nabiera wielkiej aktualności wobec tego, że główne zmiany anatomo-patologiczne stwierdza się w zwojach podstawowych (nucleus lenticularis, striatus, caudatus), w których wielka epidemja śpiączki przeważnie lokalizowała swoje podostre ogniska zapalne. Choroba przedstawiona jest niestety postępująca, nieuleczalna i nie poddaje się leczeniu swoistemu.

Prof. Orzechowski zwraca uwagę na charakterystyczny szczegół w postaci obwódki na rogówce o zabarwieniu żółtawo-zielonkawem, które potwierdza rozpoznanie. Następnie O. opisuje drżenie, jego rozległość i charakterystyczne cechy.

Prof. Gluziński wspomina o 2-ch przypadkach, które obserwował w czasach, kiedy był asystentem. Przypadki ciekawe ze względu na etjologję. Obaj chorzy pracowali w fabryce kapeluszy, gdzie używali preparatów rtęciowych. Możliwe, że opary rtęciowe wywołały owo drżenie. Prof. G. uważa, że omawiane cierpienie może być pochodzenia toksycznego, obok zakaźnego.

4) Tokarski przedstawia chorego z przymiotem ośrodkowego układu nerwowego, zupełnie odpornego na leczenie neosalwarsanem, rtęcią i jodem, a który przy śródmięśniowem zastrzykiwaniu Bismuthi citrici szybko i znacznie się poprawił.

Chory lat 36 zaraził się przymiotem przed 19 laty. Leczenie niedostateczne. 10 miesięcy temu zaczął chory doznawać niezborności ruchów i bólów w kończynach dolnych. Przez 6 m. otrzymuje dwie serje lecznicze, polegające na 16 wstrzykiwaniach dożylnych neosalwarsanu i 32 śródmięśniowych zastrzykiwaniach Hg. salicylici; jednocześnie zażywa kali jodatum. Chodzi coraz gorzej, w końcu już przy pomocy drugiej osoby. Wreszcie w tydzień po ostatniem zastrzyknięciu śródmięśniowem w biurze przy pracy dostaje napadu lewostronnej Jacksonowskiej epilepsji. Napady powtarzają się codziennie i w ciągu tygodnia rozwija się obraz kliniczny meningomyelitis luetica chronica disseminata, obok jednoczesnego kilaka na oponie w okolicy prawostronnej bruzdy Rollanda. W tym stanie przywieziono chorego do szpitala Przemienienia Pańskiego. Porażenie zupełne dolnych kończyn w zakresie ruchu i wszelkiego rodzaju czucia, porażenie pęcherza i odbytnicy, na lewym pośladku postępująca odleżyna, porażenie wiotkie, brak odruchów rzepkowych i ze ścięgna Achillesa. Silne bóle w kończynach dolnych świadczyły o podrażnieniu tylnych korzonków przez współudział w cierpieniu opon mózgowych. Należało przyjąć obecność kilku drobnych ognisk lub jedno duże ognisko w lędźwiowym i krzyżowym odcinku rdzenia. Głębokie osłabienie władz umysłowych. Równe i żywo reagujące źrenice nie pozwalały na rozpoznanie taboparalysis. — Chory otrzymał 5 śródmięśniowych zastrzyknięć Bismuthi citrici, co 3 dni po 0.05. Następnie wskutek stanu zapalnego dziąseł i wyraźnej czarnej obwódki na dziąsłach, chory otrzymywał co trzeci dzień po 0,01 tegoż preparatu. Zastrzyknięć było 12. Wyraźna poprawa wystąpiła po trzeciem zastrzyknięciu. Chory zaczął odzyskiwać władze umysłowe i przestał się zanieczyszczać. Obecnie chodzi bez pomocy i bez laski, choć cokolwiek ataktycznie, może stać z zamkniętemi oczami, chwieje się lekko. Czucie na kończynach powróciło zupełnie, lecz nie powróciły odruchy. Odleżyna zagoiła się. Psychicznie poprawa do tego stopnia, że chory powraca do swego zajęcia biurowego.

W dyskusji Higier podziwia efekt leczniczy soli bizmutowej, niema jednak pewności co do rzeczywistego wpływu leczenia na samo cierpienie. Pozatem rozpoznanie jest niepewne, gdyż szereg objawów mózgowych, dezorjentacja zupełna, niedowład kończyny górnej, upośledzenie psychiki obok objawów rdzeniowych z analgezją, brakiem odruchów zupełnym nie wyklucza, pomimo braku objawu Argyll-Robertsona, taboparalysis, która tu i ówdzie daje znaczne remisje samoistne i przemijające poprawy posalwarsanowe. Myelitis luetica transversa, zwłaszcza ze zniesieniem odruchów przebiegająca, leczy się bardzo uporczywie. Rozpoznanie różniczkowe między taboparalysis, gummatosis cerebrospinalis multiplex a myelitis transversa nie zostało przekonywająco przeprowadzone. H. ma wrażenie, że odruchów ścięgnistych brakło już przed ostatnim napadem paraplegicznym.

Trzciński uważa, że u przedstawionego chorego rozpoznania ścisłego niema. Trzciński nie widział, aby małe dawki bizmutu dawały takie poprawy w kile. Myelitis transversa po wielkiej wojnie spotykamy częściej i jedne przypadki przebiegają ciężko i trwają długo, to znowu w innych poprawa może następować szybko. T. sceptycznie odnosi się do entuzjastycznie opisywanych dobrych wyników po stosowaniu nowych preparatów.

5) J. Rutkowski wygłosił rzecz p. t. **Badania dróg żółciowych za pomocą zgłębnika dwunastnicowego.** R. przedstawia w streszczeniu wyniki swoich badań, przeprowadzonych w 50 przypadkach, prawie wszystkich sprawdzonych operacyjnie. U osobników ze zdrowemi drogami żółciowemi w każdym przypadku prelegent po wprowadzeniu przez zgłębnik do dwunastnicy 25 cm^3 25% roczczynu siarczanu magnezowego otrzymywał kolejno jasną żółć z przewodu żółciowego wspólnego (żółć A), następnie ciemną z woreczka (żółć B), w końcu znowu jasną z przewodów wątrobowych (żółć C). Nieotrzymanie żółci B dowodzi zatkania przewodu woreczkowego, nieotrzymanie żadnej żółci świadczy o niedrożności wspólnego przewodu żółciowego. W jednym przypadku na samym początku badania otrzymano żółć B, co nasunęło podejrzenie istnienia połączenia między czynnym woreczkiem żółciowym a żołądkiem; podejrzenie to przy operacji sprawdziło się. Wykrycie w osadzie żółci B dużej ilości wielojądrzastych białych ciałek krwi i komórek walcowatych świadczy o stanie zapalnym woreczka. Z badań swoich prelegent wyciąga wniosek, że metoda Meltzera i Cyon'a powinna stanąć równorzędnie obok innych klinicznych sposobów badania dróg żółciowych, gdyż zapowiada z rozwojem dokładniejszego rozbioru otrzymanej żółci wiele cennych danych rozpoznawczych i nie jest pozbawiona pewnej wartości leczni-

czej, jak to mogł spostrzec prelegent w niektórych rzejszych przypadkach, gdzie po zastosowaniu zgłębnikowania następowała szybka poprawa.

W dyskusji: Z a o r s k i wspomina o obserwowanym wspólnie z Landsbergiem przypadku, w którym trudno było zróżniczkować rozpoznanie pomiędzy zapaleniem pęcherzyka żółciowego a zapaleniem wyrostka robaczkowego. Badanie zgłębnikiem dwunastniczym wykryło w żółci B ropę. Na operacji stwierdzono papilloma vesicae felleae.

6) A. E l e k t o r o w i c z i T y c z k a wygłosili rzecz p. t. **Encefalografja.** (Ukaże się w druku).

W dyskusji: W ę g i e r k o przeprowadzał badania chemiczne krwi przy stosowaniu odmy mózgowej. W tych przypadkach, gdzie powietrze weszło do komór mózgowych, W. stwierdzał wzrost cukru we krwi. Ilość białych krwinek stale się zwiększała, ilość eozynochłonnych podnosiła się stale z 3 do 9%. W. wnioskuje, że przy odmie mózgowej występuje podrażnienie układu parasympatycznego.

S a b a t zaznacza, że encefalografja na podstawie dotychczasowych doświadczeń zdaje się być metodą wiele obiecującą; ażeby jednak przyczyniała się istotnie do wzbogacenia naszych metod djagnostycznych, powinna odpowiadać dwom warunkom: 1) niebezpieczeństwo jej powinno być dokładnie oznaczone i małe; wskazania i przeciwwskazania powinny być ustalone. 2) Interpretacja rentgenogramów powinna opierać się na ustalonych pewnych podstawach. Odnośnie do pierwszego punktu zgodności zapatrywań autorów jeszcze niema. Podczas gdy twórcy metody Dandy i Bingel i za nimi kilku innych autorów uważają wpuszczanie powietrza do przestrzeni mózgowo-rdzeniowych za zabieg nieszkodliwy, spotykamy się z zapatrywaniem również poważnych autorów, że zabieg ten przedstawia dla chorych niemałe niebezpieczeństwo. Niektórzy autorowie jak Schott i Eitel (Kolonja) z powodu nieszczęśliwych przypadków dalszego stosowania metody zaniechali, inni znów jak Denk z kliniki Eiselsberga ograniczają ją tylko do przypadków, w których inne sposoby badania zupełnie zawodzą. Pod względem przeciwwskazań również niema zgodności zapatrywań. Charles Martin i Claude Uhler cytują jako przeciwwskazania: zapalenie mózgu, wylewy krwawe i przypadki, w których podejrzewa się guz w najniższej okolicy mózgu, gdzie przez wpuszczenie powietrza do kanału kręgowego zachodzi niebezpieczeństwo wywołania ucisku rdzenia przedłużonego w otworze wielkim. Udoskonalenie techniki, ustalenie przeciwwskazań, odpowiedni dobór przypadków i zachowanie ostrożności przy stosowaniu encefalografji zmniejszy ew. usunie jej niebezpieczeństwo. Odnośnie do drugiego punktu mówca zaznacza, że interpretacja rentgenoencefalogramów jest trudna i pozostawia wiele dowolności. Trudności te zwiększa okoliczność, że obrazy w wysokim stopniu zależne są od techniki. Celem uzyskania realnych podstaw interpretacji, encefalogramy powinny być przy nadającej się sposobności kontrolowane anatomicznie, jakto zalecają Oskar David i Gerhard Gabriel. Autorowie ci w przypadkach, w których nastąpiło zejście śmiertelne, uzyskiwali obrazy anatomiczne i porównywali je z poprzednio sporządzonemi rentgenoencefalogramami. W tym celu wstrzykiwano formalinę do tętnicy szyjnej przez co utrwalano mózg in situ. Po wyjęciu mózgu i dalszem jego utrwaleniu sporządzano odpowiednie cięcia prostopadle do promienia centralnego. Porównanie rentgenogramów ze skrawkami anatomicznemi wykazało możliwość wielkich błędów, na jakie jest się narażonym przy encefalografji przy małej odległości płyty fotograficznej od ogniska antykatody. Aby uniknąć błędów, wynikających z projekcji ogniskowej, wymienieni autorowie zastosowali telerentgenografję. Zdjęcia ortocentryczne nadają się lepiej do kontroli anatomicznej i ułatwiają interpretację.

Z i e l i ń s k i K. zapytuje o los chorych z encephalitis cerebrospinalis po kilkudniowem polepszeniu, o czem wspominał prelegent.

Prof. O r z e c h o w s k i nie podziela obaw S a b a t a. Podobne obawy istniały na początku stosowania nakłucia lędźwiowego, które zyskało sobie jednak szerokie zastosowanie. Odmę mózgową należy robić uważnie, ostrożnie, powoli, biorąc pod uwagę stan chorego i wszystkie możliwe powikłania. W odmie mózgowej zyskujemy sposób rozpoznawczy, jakiego do tej pory nie było. Zapomocą odmy można rozpoznać blizny w corona radiata. O. próbował zastosować odmę mózgową na zwłokach. Obraz rzeczywiście nie był zachęcający. Po otwarciu twardówki i zapuszczeniu powietrza pod dużem ciśnieniem mózg szybko się powiększa, płyn mózgowo-rdzeniowy wycieka przez wszystkie otwory; powierzchnia mózgu sucha pokrywa się licznemi pęcherzykami powietrza, które z trzaskiem pękają. Przy zastosowaniu częściowej odmy ograniczonej do rdzenia można określić dokładnie wysokość przeszkody, gdyż w tych miejscach występują bóle. Następnie odma może wpłynąć na mózg tak głęboko, jak żaden inny środek, n. p. przez ucisk na przestrzenie okolonaczyniowe, które mają połączenie z podpajęczynówką, może więc wpłynąć na przemianę materji. Odma mózgowa może mieć wskutek tego zastosowanie lecznicze w takich cierpieniach, jak padaczka, migrena.

W odpowiedzi T y c z k a zaznacza, że podkreślał w odczycie, iż nie uważa odmy za zabieg niewinny. Brak przypadków śmiertelnych przemawia za jej stosowaniem. B i n g e l na 1000 przypadków miał jeden przypadek śmierci, kiedy wprowadził CO_2 i zbyt szybko. CO_2 wchłania się szybciej niż wytwarza się ciecz. Z chorych z zapaleniem opon mózgowych jeden pozostaje w klinice od miesiąca w stanie poprawy.

E l e k t r o w i c z podkreśla, że w swoich przypadkach opierał się na danych klinicznych. Dalsze badania w celu ustalenia obrazów rentgenowskich z danemi anatomicznemi są prowadzone na zwłokach.

Prof. G l u z i n s k i stwierdza, że kiedy prof. O r z e c h o w s k i zwrócił się z propozycją stosowania odmy mózgowej, zgodził się chętnie, gdyż był pewny, iż przy ostrożnem, obmyślonem do najdrobniejszych szczegółów stosowaniu, zabieg ten nie będzie niebezpiecznym. Stosowanie odmy oprócz praktycznych wyników może oddać duże usługi nauce teoretycznej przez możność wywoływania podrażnień w różnych częściach mózgu w warunkach prawie normalnych.

W. Kowalski, sekretarz doroczny.

Z powodu pewnej nieścisłości w cytatach podczas dyskusji nad pokazem kol. K a r w a c k i e g o (wrzód żołądka) na posiedzeniu Warsz. Tow. Lekarskiego (patrz Pols. Gaz. Lek. Nr. 43. 1923 r. str. 739) należy przypomnieć, że wrzód żołądka pochodzenia kiłowego opisali po raz pierwszy w piśmiennictwie polskiem Józef Zawadzki i Józef Luxenburg w Gazecie Lekarskiej w r. 1893 pod tytułem: **»Przypadek wrzodu okrągłego żołądka na tle zmian syfilitycznych w naczyniach«.**

Sprawy zawodowe.

Izba Lekarska Łódzka.

II. P o s i e d z e n i e R a d y I z b y dnia 27 maja 1923.

1. Przy sprawozdaniu Zarządu wywiązała się dyskusja w sprawie wysłanego przez Zarząd do Izby Skarbowej Łódzkiej memorjału o systemie nakładania podatków na lekarzy. Polecono Zarządowi wystąpić do czynników miarodajnych, aby do komisji podatkowej powoływani byli jako członkowie i lekarze. Uchwalono również dążyć do zniesienia w stosunku do zawodów wolnych podwójnego podatku z tego samego objektu (osobisto-dochodowego i obrotowego). 2. Kolega skarbnik zdał sprawozdanie, według którego wpływy wyniosły 7.814.000 wydatki 7.888.000. 3. Składka za drugi kwartał została uchwalona w wysokości 20.000; 5.000 na rzecz Naczelnej Izby lekarskiej. Rada upoważniła Zarząd do ściągania od członków zalegających w opłacie składek kwoty 50% wyższej. 4. Po referacie Dr. Mittelstaedta — Rada uchwaliła wystąpić do Naczelnej Izby Lekarskiej z wnioskiem o wprowadzenie pewnych zmian do ustawy z dn. 19 maja 20 r. obowiązku ubezpieczenia na wypadek choroby, a mianowicie w art. 3 ograniczyć obowiązek ubezpieczenia do osób, których dochód roczny nie przekracza 4.800 zł. pol. W art. 23 zobowiązać Kasę Chorych do udzielenia pomocy w chorobach ostrych oraz zakaźnych lub bezpośrednich skutkach chorób zakaźnych do wyleczenia, chorych niezakaźnych do 39 tygodni w roku. Chorych niezakaźnych, lecz niebezpiecznych dla otoczenia, do 26 tygodni, przyczem Rada zaznacza, że obowiązek leczenia chorych umysłowo ciąży na Państwie. W art. 69 w posiedzeniach, na których omawiane są sprawy dotyczące lecznictwa lub lekarzy, biorą udział z głosem decydującym naczelny lekarz Kasy oraz jeden przedstawiciel lekarzy kasowych. W art. 28 nadanie ubezpieczonym prawa leczenia się w zakładach prywatnych, przyczem Kasa Chorych zwraca im koszty według stawek szpitali publicznych. Do art. 23 nadaje chorym prawa otrzymywania lekarstw przepisanych nie przez kasowych lekarzy, o ile środki przepisane są objęte farmakopeą Kasy Chorych. 5. Rada stwierdza, iż niezbędne jest jak najszybsze przywrócenie urzędu lekarzy sądowych (referat Dra S t e r l i n g a). 6. Wniosek Dra S z w e i g a domagający się wypowiedzenia przez Radę protestu przeciw jakimkolwiek ograniczeniom w wyższych uczelniach jak i protestu przeciw opinji wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagielońskiego, jako krzywdzącej nietylko Kolegów żydów lecz i ogół lekarski — Rada większością 11 głosów przeciw 4-em, przy 4-ech wstrzymujących się, uchwala zdjąć z porządku dziennego. 7. Rada na wniosek Dra S t e r l i n g a uchwala zwrócić się do czynników miarodajnych o przyśpieszenie wydania ustawy o lekarzach specjalistach. 8. Rada uchwala uznać Polską Gazetę Lekarską za urzędowy organ Izby Lekarskiej Łódzkiej.

Dr. *A. Margolis*, sekr. Dr. *A. Tomaszewski*, naczelnik Izby.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

W o j e w ó d z t w o l w o w s k i e rozesłało do wszystkich starostw Województwa lwowskiego i do Magistratu m. Lwowa następujący okólnik z 12. XI. 1923. L. 5834 IX/2.

Komisarjat Rządu na m. Warszawę (Urząd Zdrowia Publicznego) donosi pismem z dnia 6 listopada 1923 r. Nr. 14088, że kontrolne badanie bakterjologiczne wstrzykiwań dożylnych z chlorkiem wapniowym (cum calcio chlorato), wyprodukowanych ostatnio w laboratorjum apteki J. Gessnera w Warszawie, wykazało, że wstrzykiwania te są niejałowe.

Poleca się zawiadomić o tem wszystkich lekarzy osiedlonych w powiecie (mieście) i zarządzić, by te wstrzykiwania były niezwłocznie wycofane z obiegu w aptekach. O wykonaniu tego polecenia i o skutku zarządzenia zechce Starostwo (Magistrat) Wojewódzki Urząd Zdrowia jak najśpieszniej zawiadomić.